

**ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.**  
**JOURNAL**  
de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie  
**DU**  
**SYSTÈME NERVEUX.**





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

**JOURNAL**

de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie

DU

## SYSTÈME NERVEUX,

DESTINÉ PARTICULIÈREMENT

A recueillir tous les documents relatifs

A LA SCIENCE DES RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL,

A LA PATHOLOGIE MENTALE, A LA MÉDECINE

LÉGALE DES ALIÉNÉS,

ET A LA CLINIQUE DES NÉVROSES ;

PAR MM. LES DOCTEURS

**BAILLARGER,**

médecin des aliénés à la Salpêtrière,

**CERISE et LONGET.**

TOME II.



PARIS.

CHEZ FORTIN, MASSON ET C<sup>ie</sup>,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 1.

MÊME MAISON, CHEZ L. MEICHENSEN, A LEIPZIG.

1843.





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

## JOURNAL

de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie

DU

# SYSTÈME NERVEUX.

---

Généralités médico-psychologiques.

---

EXAMEN

DE LA DOCTRINE DE MAINE DE BIRAN

SUR LES RAPPORTS

DU PHYSIQUE ET DU MORAL DE L'HOMME,

PAR ROYER-COLLARD,

Professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, médecin en chef de la maison royale de Charenton (1).

---

En 1824, une chaire de médecine mentale fut créée dans la Faculté de médecine de Paris. Cet enseignement fut confié à M. Royer-Collard, qui était alors professeur de médecine légale, et médecin en chef de la maison royale de Charenton. Les

---

(1) Manuscrit autographe et inédit, avec des notes marginales écrites de la main de Maine de Biran.

Nous laissons à M. H. Royer-Collard, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, qui a bien voulu nous confier le précieux manuscrit de son père, le soin de faire connaître à nos lecteurs les circonstances où se fit, entre le philosophe et le médecin, ce noble échange de pensées graves et élevées, qui donna lieu à l'ouvrage remarquable de l'un et à la remarquable analyse de l'autre.

études philosophiques auxquelles se livra d'abord M. Royer-Collard le mirent en relation avec M. Maine de Biran, l'un des métaphysiciens les plus éminents de notre époque, et qui s'était

Nous nous bornerons, quant à nous, à donner dans cette note quelques renseignements, incomplets, sans doute, mais suffisants pour le moment, sur les principes et la méthode qui dominent toute la doctrine médico-psychologique de ce philosophe.

Parcourons d'abord la série de ses écrits. M. Cousin a eu l'heureuse pensée de les réunir et d'en publier une édition qui sera en quelque sorte complétée par la publication du manuscrit, où les idées psychologiques du métaphysicien, analysées et discutées par un physiologiste fort compétent, se trouvent expliquées et défendues par celui qui les a conçues.

1° *Influence de l'habitude sur la faculté de penser*, mémoire rédigé d'après les données, alors généralement acceptées, de l'école de Condillac, et en réponse à une question posée par la classe des sciences morales et politiques de l'Institut National. Ce mémoire fut couronné, après un double concours, en 1802, et imprimé pour la première fois en 1803.

2° *De la décomposition de la pensée; comment on doit décomposer la faculté de penser, et quelles sont les facultés élémentaires qu'on doit y reconnaître*. Dans ce mémoire, envoyé à la même classe des sciences morales et politiques, qui avait posé la question, l'auteur s'éloigne des idées de l'école de Condillac, qu'il avait admises dans l'écrit précédent; il fut néanmoins couronné en 1805, ce qui fait honneur aux juges dont il combattait les doctrines. L'impression, commencée en 1807, resta inachevée. M. Cousin l'a publié en 1841.

3° *Y a-t-il une apperception immédiate interne? en quoi diffère-t-elle de la sensation ou de l'intuition?* Question posée par l'Académie de Berlin. Maine de Biran y répondit par un mémoire, qui fut couronné en 1807. Il y développe les idées dont l'écrit qui précède contenait le germe. Ce mémoire ne fut point imprimé, et M. Cousin, qui l'a publié en 1841, a eu quelque peine à le reconnaître dans les manuscrits de l'auteur.

4° *Considérations sur les principes d'une division des faits physiologiques et psychologiques*. Ce mémoire, publié par M. Cousin en 1841, semble n'être autre chose que le mémoire couronné à l'Académie de Copenhague, en 1813. Il fut presque entièrement refait en 1821 sous le titre suivant :

5° *Considérations sur les rapports du physique et du moral pour servir à*

particulièrement occupé des questions psychologiques se rattachant à l'aliénation mentale. M. de Biran voulut bien confier à M. Royer-Collard diverses notes manuscrites, parmi lesquelles

un cours sur l'aliénation mentale. Ce mémoire, tel qu'il a paru, en 1834, par les soins de M. Cousin, qui a cru devoir en modifier le titre, paraît être le même, sauf les perfectionnements apportés plus tard par l'auteur, que celui dont il vient d'être fait mention. M. Cousin l'a intitulé : *Nouvelles considérations sur les rapports du physique et du moral de l'homme*.

6<sup>o</sup> *Nouvelles considérations sur le sommeil ; les songes et le somnambulisme*. Mémoire publié pour la première fois par les soins de M. Cousin, en 1841. L'auteur y poursuit opiniâtrément la démonstration de son idée dominante que nous mentionnerons bientôt.

7<sup>o</sup> Plusieurs esquisses, notes et appendices, dont la date est incertaine et que M. Cousin a également publiés : *Examen des leçons de M. Laromiguière*. — *Opinions de Hume sur la nature et l'origine de la notion de causalité*. — *Sur l'origine de l'idée de force, d'après M. Engel*. — *Exposition de la doctrine philosophique de Leibnitz*. — *Réponses aux arguments contre l'aperception immédiate d'une liaison causale entre le vouloir primitif et la motion, et contre la dérivation d'un principe universel et nécessaire de causalité de cette source*. — *Note sur un passage très remarquable du témoignage du sens intime, par l'abbé de Lignac*. — *Note sur les réflexions de Maupertuis et de Turgot, au sujet de l'origine des langues*. — *Remarques sur la Logique de M. de Tracy*. — *Note sur un écrit de M. Royer-Collard*. — *Note sur le deuxième volume de l'Indifférence en matière de religion*. — *Prolegomènes psychologiques*. — *Critique d'une opinion de Cabanis sur le bonheur*. — *Note sur certains passages de Malebranche et de Bossuet*. — *Distinction de l'âme sensible et de l'esprit selon Van Helmont*.

A tous ces différents écrits présida une même conception ; mais c'est surtout dans les *Considérations sur les rapports du physique et du moral*, pour servir à un cours sur l'aliénation mentale, que cette conception se fit jour avec ses développements propres et avec toutes ses principales conséquences. C'est dans ce mémoire, rédigé particulièrement pour Royer-Collard et le dernier par ordre de date, que l'auteur a résumé, dans la maturité de sa pensée, tous ceux qui jusqu'alors étaient sortis de sa plume.

« Quelle est donc, se demande M. Cousin dans la préface qu'il a donnée à l'édition de ce mémoire, quelle est donc l'idée qui a suffi à toute une vie, à toute une destinée philosophique ? Cette idée n'est pas autre

se trouvaient les fragments encore inédits d'un Mémoire sur les rapports du physique et du moral de l'homme. Celui-ci lut avec la plus grande attention les notes de M. de Biran, en fit un ex-

chose, répond le savant éditeur, que la réintégration de l'élément actif, avec le cortège entier de ses conséquences. »

Expliquons-nous.

La doctrine de Condillae régnait à peu près sans opposition en France. Dans cette doctrine, tous les faits de l'ordre moral et intellectuel sont représentés comme des faits d'excitation sensoriale, entièrement passifs. L'homme y apparaît comme une machine organisée qui est mise en mouvement par les agents extérieurs, plutôt que comme un être actif qui se meut spontanément, en vertu d'une force morale qui lui est propre, et qui constitue sa personnalité. L'attention n'y figure que comme une sensation forte et prolongée; la mémoire y joue le rôle d'une sensation renouvelée automatiquement; l'idée n'y apparaît que comme une sensation transformée; la réflexion, la volonté elle-même ne sortent pas de ce cercle fatal dans lequel est emprisonnée l'activité méconnue de l'homme.

A cette doctrine hypothétique, Maine de Biran oppose l'observation et l'expérience personnelles de chacun. Cette observation et cette expérience ont pour instrument la conscience, qui, présentée par l'école éclectique comme l'instrument philosophique par excellence, a donné naissance au *psychologisme* (qu'on nous pardonne cette expression), dont se compose le fond de la doctrine officiellement enseignée dans l'Université. La méthode psychologique dont on a eu le tort, selon nous, de trop généraliser les applications, et qui, dans la question dont il s'agit, a rendu des services incontestables, permet de découvrir les phénomènes intérieurs dans lesquels l'activité se révèle de la manière la plus évidente. Or, ces phénomènes, d'après Maine de Biran, se réduisent tous à la *volonté*. La volonté intervient dans la sensation, lorsqu'il y a attention; elle intervient dans la mémoire, lorsque nous évoquons nos souvenirs; elle intervient dans nos jugements, lorsque nous examinons les rapports de convenance qui existent entre un sujet et un ou plusieurs attributs; elle intervient dans nos affections, lorsque nous faisons surgir des images propres à nous émouvoir. C'est surtout dans l'effort musculaire que la force de la volonté apparaît dans tout son éclat. C'est, en effet, dans l'acte volontaire de la locomotion que Maine de Biran puise les éléments sur lesquels doit s'élever tout l'édifice de sa doctrine psycho-

trait, et y joignit plusieurs observations sur certains points du Mémoire qui lui semblaient obscurs ou contestables. A son tour, M. de Biran répondit par quelques notes marginales aux objec-

physiologique. Dans l'effort musculaire, il aperçoit le type sur lequel viennent se modeler toutes les formes plus ou moins saisissables de la volonté.

La volonté, dans la série des effets physiologiques nombreux, variés, successifs qu'elle produit, porte évidemment en elle-même le témoignage irrécusable de notre activité, de notre spontanéité; elle constitue, en se confondant avec le *moi*, une individualité qui reste identique à elle-même, qui reste invariable au milieu de ce qui change; elle révèle l'âme en montrant l'activité personnelle, distincte de ses effets et de ses instruments organiques; elle implique la liberté, car elle suppose la faculté de vouloir ou de ne pas vouloir; elle agit à la manière d'une cause, et la certitude qu'elle est une cause est acquise à tous les hommes sans qu'il soit nécessaire de le démontrer par le raisonnement. C'est ainsi que l'appréciation des faits de volonté a conduit Maine de Biran à la démonstration d'un ensemble de vérités qui se lient étroitement les unes aux autres, et qui consistent dans l'affirmation, par voie d'induction, des principes solidaires d'activité, de dualité, de personnalité, de liberté, de responsabilité et de causalité. C'est même dans la simple apperception de notre volonté jouant le rôle de cause que Maine de Biran prétend reconnaître la source, le point de départ de l'idée de Dieu, cause infinie de tout ce qui est. Cette dernière opinion, combattue par M. Cousin, et que ce professeur attribue à un mauvais emploi de la méthode psychologique, nous semble, à nous, résulter précisément de l'emploi rigoureux de cette même méthode. Maine de Biran n'a pu en recevoir que ce qu'elle pouvait lui donner.

Quels sont les rapports établis entre la force causale et active qui s'exprime par le *moi* et les conditions organiques qui semblent tour à tour la subir, lui résister et la dominer, à l'état de veille, de sommeil, de rêve et de somnambulisme, de santé et de maladie, de raison et de délire, etc.? Telle est la question difficile que Maine de Biran, placé au point de vue d'un dogmatisme inflexible et proclamant résolument l'indépendance absolue de l'âme au milieu des influences organiques qui assiégent notre raison, a tenté de résoudre, à l'aide de formules peu familières aux médecins. C'est la solution de cette question qui est l'objet du mémoire analysé et discuté par Royer-Collard.

M. Cousin reproche à Maine de Biran d'avoir négligé, dans l'ensemble

tions qui lui étaient faites. Ainsi s'établit entre ces deux hommes, également animés d'un ardent amour de la vérité, l'un et l'autre partisans décidés des doctrines spiritualistes, mais séparés quelquefois par des différences d'opinion, une correspondance à laquelle ils mettaient tous les deux le plus grand prix. On en peut juger par un passage de la préface même qui se trouve en tête du Mémoire de M. de Biran, publié après sa mort par les soins

---

de ses vœux, l'appréciation de la raison, en d'autres termes, de l'entendement humain; comme si *sentir* et *vouloir* constituaient tout l'homme; comme si le *connaître* pouvait être impliqué dans le sentir et le vouloir, et n'était pas une faculté distincte, irréductible. Ce reproche nous semble, jusqu'à un certain point, fondé. Mais cette lacune, ainsi que nous l'avons dit, peut être expliquée par la méthode exclusivement mise en usage par ce philosophe, et préconisée d'une manière trop absolue par M. Cousin lui-même. Si l'école éclectique se montrait tout-à-fait fidèle à la méthode trop vantée par le maître, elle serait dans l'impossibilité de pénétrer jamais au-delà du *sentir* et du *vouloir*, les seuls d'entre les éléments de l'activité humaine qui soient réellement soumis, dans leur source et dans leurs résultats, à l'observation et à l'expérience psychologiques. Les lois de la raison, la source, l'enchaînement et la fonction des idées générales et particulières, les données sur lesquelles repose la certitude, etc., échappent à cette lumière intérieure; elles ne tombent pas, pour parler le langage de M. Cousin, sous l'œil de la conscience. La méthode psychologique, mise en œuvre par les plus habiles, par M. Cousin lui-même, qui accuse Maine de Biran de l'avoir employée d'une manière incomplète, restait à cet égard frappée de la plus désespérante stérilité.

Quoi qu'il en soit, Maine de Biran, en plaçant sous son véritable jour l'élément de la volonté, a eu le mérite incontestable de réagir un des premiers en France contre la doctrine qui y avait proclamé triomphalement la passivité de toutes nos facultés, et de réhabiliter ainsi le principe de l'activité humaine, un instant obscurci par les plus ingénieux sophismes d'une école puissante et nombreuse. Ce principe de l'activité humaine fut développé plus tard par M. Buchez, qui le vérifia non seulement dans les faits de volonté, où il est si évident, mais encore dans les faits de sensation et d'entendement, où il est moins en saillie; qui le vérifia même dans l'acte intellectuel le plus élémentaire et où il apparaît le moins, dans l'idée. Nous avons essayé nous-même de le vérifier dans les faits de sentiment, qui restaient, quant à leur mode de production,

de M. Cousin (1). Après avoir expliqué dans cette préface, remarquable par l'élévation des vues et la noblesse des sentiments qui y sont exprimés, qu'il n'écrit que pour un petit nombre d'hommes choisis, M. de Biran ajoute : « Tel est (et j'en juge par une seule conversation, qui a suffi pour me révéler une âme avec laquelle la mienne sympathise de toutes ses forces), tel est l'observateur profond du physique et du moral de l'homme, l'ami de la science et de la morale, qui a provoqué cet écrit (2). Le désir et l'espoir de le seconder dans un but noble, utile à l'humanité, qu'il a conçu et dont il m'a fait part,

confondus avec les faits instinctifs, dont il importe de les distinguer précisément sous ce rapport.

Voici en quels termes M. Cousin rend hommage à la doctrine de Maine de Biran :

« Le premier mérite de cette doctrine est son incontestable originalité. De tous nos maîtres de France, Maine de Biran, s'il n'est pas le plus grand peut-être, est assurément le plus original. M. Laromiguière, tout en modifiant Condillac sur quelques points, le continue. M. Royer-Collard tient de la philosophie écossaise, qu'avec la vigueur et la puissance naturelle de sa raison il eût infailliblement surpassée, s'il eût suivi des travaux qui ne sont pas la moins solide partie de sa gloire. Pour moi, je tiens à la fois de la philosophie écossaise et de la philosophie allemande. Maine de Biran seul ne tient que de lui-même et de ses propres méditations. »

Maine de Biran, né en 1766 à Grateloup, près de Bergerac, est mort à Paris en 1824. Il siégeait à la fois au Conseil d'État et à la Chambre des députés. Il avait exercé de hautes fonctions politiques et administratives sous l'Empire. On assure qu'il avait composé un *Traité de la folie* et un ouvrage philosophique très volumineux, qu'il allait mettre sous presse, lorsque la mort est venue le frapper. Ces deux écrits, toutefois, ne figurent pas dans l'inventaire des papiers soumis à l'examen de M. Cousin par M. Lainé, son exécuteur testamentaire.

L. C.

(1) *Nouvelles considérations sur les rapports du physique et du moral de l'homme*, ouvrage posthume de Maine de Biran, publié par M. Cousin, membre de l'Institut, professeur de philosophie à la Faculté des lettres. — Paris, Ladrangé, libraire, 1834.

(2) M. Royer-Collard, professeur à la Faculté de médecine, qui préparait alors ses leçons sur l'aliénation mentale. (*Nota de Maine de Biran.*)

pouvaient seuls me déterminer à tirer de l'oubli et du secret du portefeuille d'anciens travaux, dont je me trouve trop loin aujourd'hui, moi-même encore par le temps que par mes dispositions d'esprit, et par toutes les circonstances d'affaires et de devoirs.

« Cet écrit, tel qu'il m'a été donné de le faire en demandant quelque trêve au monde extérieur, sort de mes mains pour passer dans celles du digne professeur à qui il doit son existence, et près duquel il aura accompli toute sa destinée, s'il fournit quelques matériaux à l'une des plus belles mais des plus difficiles entreprises qu'un médecin philosophe puisse se proposer. »

L'ouvrage de M. de Biran est aujourd'hui connu et apprécié par tous les hommes qui ont le goût et l'intelligence des travaux philosophiques. Il doit être médité particulièrement par les médecins, qui, mieux que d'autres, saisiront toute la portée des discussions physiologiques et métaphysiques par lesquelles l'auteur a tenté de mettre à jour la grande question des maladies mentales. Cependant cet ouvrage manque quelquefois d'une clarté suffisante; la profondeur des vues, l'embarras du style, et une certaine tendance au mysticisme, en rendent la lecture difficile et fatigante pour les esprits mal accoutumés à ce genre d'exercice. Un extrait bien fait d'un tel livre et une analyse claire et succincte des idées qu'il renferme seraient donc infiniment précieux, et, sans dispenser d'un examen attentif de l'ouvrage lui-même, prépareraient du moins à le bien comprendre ceux qui craindraient de l'aborder de front et sans aucune étude préliminaire. Ces conditions se trouvent réunies dans le travail de M. Royer-Collard. Son extrême lucidité ôte, pour ainsi dire, toute peine au lecteur. C'est un exposé complet, et en même temps une expression naïve des hésitations qu'éprouve par intervalles, en suivant les pas du maître, celui qui s'était fait son disciple. Le médecin résiste parfois au philosophe; il oppose ses observations, ses doutes, à des assertions toujours absolues et inflexibles; il demande, tantôt des éclaircissements, tantôt des preuves; puis, le philosophe répond en



deux mots , avec sa parole vive et tranchante , brisant les difficultés plutôt qu'il ne s'applique à les résoudre.

Nous avons sous les yeux ce travail de M. Royer-Collard , écrit de sa main , avec les notes , également autographes , de M. de Biran. Il nous a paru que la publication de ce petit écrit offrirait un grand intérêt à nos lecteurs. Ceux qui ne connaissent pas M. de Biran y prendront une idée exacte des doctrines enseignées par ce savant métaphysicien , et sans doute aussi le désir de pénétrer plus avant dans la communication intime de sa pensée. Ceux qui déjà l'ont étudiée et comprise aimeront à la retrouver sous une forme plus nette , plus précise , et dégagée de ces laborieux détails dans lesquels s'enfonce en quelque sorte à plaisir un esprit vigoureux et original , qui travaille pour lui-même beaucoup plus que pour les autres. Tous enfin suivront avec curiosité et avec profit cette discussion consciencieuse entre la médecine et la philosophie , s'efforçant l'une et l'autre de s'accorder pour arriver ensemble au but commun qu'elles se proposent.

HIPPOLYTE ROYER-COLLARD.

ABRÉGÉ DE LA DOCTRINE CONTENUE DANS LE MÉMOIRE  
DE M. MAINE DE BIRAN. — DIFFICULTÉS ET OBSCURITÉS  
QU'ELLE ME PARAÎT OFFRIR.

### Première Partie.

LES EXPÉRIENCES OU CONSIDÉRATIONS TOUTES PHYSIOLOGIQUES  
NE PEUVENT POINT SERVIR À EXPLIQUER LES FAITS DE L'ÂME  
OU DU SENS INTIME ; DANGER ET ABUS DE CES EXPLICATIONS.

L'homme n'existe comme *homme* qu'autant qu'il se possède lui-même , qu'il a la *propriété de soi* et qu'il a conscience de cette propriété ; ce que les auteurs ont exprimé par ces deux mots : *esse compos et conscius sui*. Il y a donc deux choses dans ce fait essentiel et primitif. Par la première , l'homme se dis-

tingue et se sépare de tout autre être ; il s'appartient et se possède, il est *lui* ; et par la seconde, il se *sait*, il en a la conscience intime et irrésistible. L'homme est par conséquent tout entier dans le *moi* et dans le *sentiment du moi*.

Or, suivant M. de Biran, la condition première du *sentiment du moi* est l'existence de la volonté considérée comme cause libre, c'est-à-dire comme pouvant commencer, continuer ou suspendre à son gré, et indépendamment de toute autre force impulsive, certaines séries de mouvements internes ou externes. Ainsi l'homme ne se manifeste à lui-même à titre de *personne* ou de *moi* que par le sentiment et l'exercice d'une force *causale, active et libre*, qui fait partie de sa nature propre. Le sentiment d'une *force active et libre* s'identifie dans l'homme avec le sentiment même de l'existence personnelle. C'est là le premier fait de conscience. C'est aussi là la base, le principe fondamental de toute la doctrine de M. de Biran.

Cette *activité libre* dont l'homme a la conscience s'identifie tellement avec le *moi*, que toutes les fois qu'elle est suspendue ou éteinte, le sentiment du *moi* est également suspendu ou éteint. Il résulte de là que tout ce qui se fait dans l'homme par cette force active et libre appartient au *moi*, et que tout ce qui s'y fait *nécessairement* ne lui appartient pas. Voilà la ligne de démarcation posée par M. de Biran entre les phénomènes psychologiques et les phénomènes physiologiques ; voilà le fondement de la distinction des deux natures physique et morale dont l'homme est composé. *Quod in corpore est fatum*, dit Leibnitz ; *in animo est providentia*.

Cette base est-elle bien exacte ? La *nécessité* et la *liberté* circonscrivent-elles rigoureusement les deux domaines qui se partagent l'homme ? Le physique embrasse-t-il tout ce qui est nécessaire, et le moral ou le *moi* ne renferme-t-il pas ce qui est *libre* (1) ? Si cela était ainsi, le *moi* ne serait-il pas diminué ou

---

(1) Ce qui est *libre* dans l'homme constitue en lui le *moral* et en est le fondement, ce qui ne veut pas dire que le moral ne renferme que ce

réduit, et le *physique* ne se trouverait-il pas singulièrement agrandi? D'un autre côté, si le sentiment de l'activité libre est la condition de la conscience, tout ce qui arrive nécessairement dans l'homme doit échapper à la conscience; et comment concilier avec cette doctrine la perception des sensations qui a toujours lieu nécessairement? A mesure que nous avançons dans l'examen de ce Mémoire, nous rencontrerons de nouvelles occasions de présenter ces difficultés dans tout leur jour et dans toute leur force.

Mais si la ligne de démarcation tracée par M. de Biran entre le physique et le moral n'est pas rigoureusement juste, il n'en est pas moins vrai que le principe fondamental qui différencie ces deux natures opposées consiste dans l'existence d'une force innée en nous, inhérente à notre être, qui produit réellement, et comme cause libre et active, non seulement la presque totalité des phénomènes intellectuels, mais même cette partie des phénomènes physiologiques qu'on appelle volontaires.

Il résulte de là que cette partie de la méthode de Bacon, qui consiste à faire abstraction des causes dans la recherche des faits naturels, ne saurait être appliquée à l'étude des faits intérieurs de l'âme humaine sans dénaturer cette étude ou plutôt sans en détruire le fondement même. En effet, abstraire la cause ici, c'est abstraire l'homme lui-même, et par conséquent le sujet même de la science. M. de Biran développe cette vérité d'une manière très lumineuse.

Il va plus loin; il prouve que les diverses altérations que le principe de causalité a subies, soit par la méthode purement

---

*qui est libre.* Tout ce qui se trouve associé au *moi*, qui rentre comme objet, comme condition dans le domaine de son activité propre, fait aussi partie du moral, quoiqu'il ne le constitue pas. Partout où entre le *moi*, de quelque manière qu'il y entre, le moral y est; réciproquement aussi, de quelque nature que soient les phénomènes de l'homme, si l'activité libre et par suite le *moi* n'y entre pas, on est dans le physique. (Note de M. Maine de Biran.)

phénoménale des naturalistes, soit par le caractère des systèmes psychologiques les plus accrédités, ont fini par amener la confusion de deux ordres de faits qui appartiennent à l'homme, savoir, les faits psychologiques et les faits physiologiques. Le mot de *cause* a été détourné de sa signification première, et restreint, sous le nom de *causes physiques*, à la simple expression des phénomènes considérés dans leurs rapports les plus généraux. Il en a été de même du mot *sensibilité*. Dans son acception primitive, il a une valeur psychologique dont le sens intime est seul capable d'apprécier la mesure, et dans sa signification conventionnelle il n'a plus qu'une valeur physiologique, puisque les physiologistes l'emploient pour exprimer de la manière la plus générale tout cet ensemble de faits que l'observation découvre dans les corps vivants. Il résulte de là une confusion perpétuelle de langage, et de cette confusion un passage continu et réciproque d'un ordre de faits à un autre, ou pour mieux dire la confusion perpétuelle de ces faits eux-mêmes.

Pour mieux développer ces idées, M. de Biran donne une analyse rapide du système de Descartes et de Stahl dans deux chapitres successifs, et montre comment, en altérant le principe de causalité, ils ont contribué l'un et l'autre, quoique d'une manière opposée, à amener la confusion des deux natures.

1<sup>o</sup> *Système de Descartes*. — Le principe fondamental de Descartes est que le sens intime est le seul moyen *d'évidence immédiate* pour l'homme. Les faits du sens intime sont par conséquent les seuls qui soient certains pour lui. Les corps extérieurs et le corps humain lui-même pourraient ne pas exister. Le *moi* n'en connaît avec certitude que la *représentation*, parce que cette représentation est prise par le sens intime; mais la *réalité absolue* lui échappe.

Descartes admet toutefois cette *réalité*, et il n'en donne d'autres preuves que la persuasion même que nous en avons, persuasion qui ayant Dieu pour auteur ne saurait nous tromper. Le

corps existe donc, selon lui ; il ne fait point partie du *moi*, et cependant il n'en remplit pas moins, en obéissant uniquement aux lois ordinaires de la physique, toutes les fonctions de l'organisation, et même toutes celles qui appartiennent à la sensibilité et à l'imagination. Il admet donc positivement deux ordres de faits dans l'homme, ceux du *moi* ou de l'être pensant, et ceux du corps, qui sont purement matériels. Il n'existe, selon lui, aucun passage de l'un de ces deux ordres à l'autre, aucune action réelle et *causale* de l'un sur l'autre : seulement, à l'occasion de certaines impressions reçues par les organes, l'âme éprouve certaines sensations et perçoit certaines images, et réciproquement, à l'occasion de certaines pensées et de certains vouloirs, le corps exécute divers mouvements coordonnés à ces pensées et vouloirs.

Voilà en quoi le système de Descartes altère le principe de causalité ; il n'admet point dans le *moi* cette force *entière* et *causale* qui produit les mouvements volontaires du corps, il ne reconnaît d'autre *cause efficiente* dans l'univers que Dieu lui-même. Par là il réduit la philosophie à la simple considération des phénomènes, et il les isole complètement de toute idée de la cause qui la produit. Or, cet isolement, relativement aux faits intérieurs, a pour effet nécessaire d'exclure le *moi*, et par conséquent l'homme tout entier, du domaine de la science psychologique. Dès lors cette science, comme les sciences physiques, se réduit à une simple collection de phénomènes, classés suivant l'ordre de leur succession phénoménale, et n'aboutissant ainsi qu'à des généralisations plus ou moins avancées, ou, pour parler plus exactement, qu'à des abstractions plus ou moins légitimement déduites des faits. Mais lorsque l'état de la science se trouve ainsi établi, comme tous les phénomènes, soit extérieurs, soit intérieurs, s'enchaînent les uns aux autres par des lois de succession constante, on peut indifféremment placer le point de départ dans les faits organiques ou dans les faits intérieurs, suivant le système que l'on a adopté. Si donc, à l'exemple des phi-

losophies modernes, on regarde la *sensibilité physique* comme le fait primitif, le premier fait de l'existence humaine, on partira de ce fait pour expliquer l'homme tout entier, l'homme moral aussi bien que l'homme physique; et malgré le soin extrême que Descartes a pris de séparer ces deux hommes, sa doctrine, poussée jusque dans ses dernières conséquences, finira par les confondre en un seul.

2° *Système de Stahl*. — Le système de Stahl repose sur un principe diamétralement opposé à celui du système de Descartes. Descartes n'admettait aucune *force causale* dans l'homme; Stahl au contraire attribue à l'âme humaine le principe de la causalité au plus haut degré. Non seulement il fait dépendre de ce principe les mouvements volontaires du corps, mais il placé sous son empire, sans exception aucune, tous les phénomènes vitaux, volontaires ou involontaires, aperçus ou inaperçus.

Il résulte de là qu'il n'est pas nécessaire que l'âme humaine ait la conscience de ses actes pour en être la vraie cause. Mais s'il en est ainsi, l'âme humaine n'est plus le *moi*, ou ne lui appartient plus; car le *moi* se sait, et la conscience de ses opérations est inséparable de sa nature. Dès lors l'âme de Stahl n'est plus une *cause* véritable, active, efficiente; ce mot est borné à une signification conventionnelle: c'est une sorte de formule destinée à exprimer abstractivement l'ensemble des phénomènes des corps vivants; c'est en quelque sorte le synonyme du mot *sensibilité*, ou du moins ces deux mots n'ont qu'une seule et même acception.

Voilà encore la notion de *causalité* altérée, mais d'une autre manière que celle de Descartes. Descartes refuse toute causalité à l'âme humaine, et par là réduit l'homme tout entier à une collection de phénomènes; Stahl semble lui accorder cette causalité au-delà même du besoin, mais il l'en dépouille au moment même où il la lui donne, en ôtant la *conscience* à son principe causal, et en l'abaissant par là au rang d'une simple abstraction, ou plutôt d'une *force physique*.

Aussi le système de Stahl a-t-il été évidemment saisi par toutes les sectes philosophiques modernes. Du moment que soit *âme* n'est plus qu'un principe inconnu, tout le monde peut s'en emparer, la modifier à son gré, la placer où il le juge convenable. C'est ainsi que Bonnet et Condillac en font un principe universel, dont ils se gardent bien d'expliquer la nature et le mode d'action, mais sous l'empire duquel ils placent également et les opérations et les phénomènes des corps vivants et organisés. C'est encore ainsi que les *physiologistes purs* confondent ce principe avec le *principe vital* ou avec les propriétés vitales dont les organes sont doués. Tous ont raison : du moment que ce principe est inconnu, qu'il n'a point la conscience de lui-même, qu'il est étranger au moi, on peut le placer où l'on veut et lui faire jouer le rôle dont on a besoin.

Le grand défaut, le vice fondamental du système de Stahl, est de rattacher à un même principe des faits d'une nature tout opposée, je veux dire les faits intérieurs et les faits extérieurs, les faits de l'esprit et les faits du corps. Ces deux ordres de faits diffèrent essentiellement l'un de l'autre : d'une part, le sens intime nous révèle cette différence avec une force de persuasion continuelle et irrésistible ; de l'autre part, elle résulte évidemment et nécessairement des faits eux-mêmes. Les faits organiques ou vitaux tombent sous les sens ; l'imagination se la représente comme hors du moi, comme étrangère au moi. Les faits de l'âme, au contraire, échappent entièrement aux sens ; la conscience seule peut les observer. Une différence si grande dans les instruments d'observation en démontre une non moins grande dans les choses observées. Par conséquent, rapprocher ces choses, les faire dépendre d'un même principe, c'est violer toutes les lois de l'induction et de l'analogie.

M. de Biran prétend que les anciens, en admettant trois principes dans l'homme, la vie organique, la sensibilité et la pensée, désignés sous les noms d'*âme végétative*, d'*âme sensitive*

et d'*âme raisonnable*, étaient bien plus près de la vérité que les auteurs des systèmes modernes de philosophie. Et en cela il a complètement raison.

Après avoir ainsi montré que ni l'application de la méthode de Bacon aux faits intérieurs, ni les systèmes de Descartes et de Stahl, ne donnent la solution du grand problème qu'il s'agit de résoudre, savoir, la détermination des rapports qui animent le physique et le moral, M. de Biran passe à l'examen des principaux systèmes de physiologie, et prouve de la manière la plus positive que ces divers systèmes, ou dénaturent les faits du sens intime, ou les laissent complètement à l'écart. Ces systèmes sont de deux sortes : les premiers ont pour objet de distinguer les facultés de l'âme, en leur assignant des sièges particuliers dans l'organisation ; les seconds cherchent à rattacher ces mêmes facultés à la sensibilité et à la contractilité dont nos organes sont doués.

1<sup>o</sup> INUTILITÉ DES TENTATIVES FAITES POUR ANALYSER ET DISTINGUER LES FACULTÉS DE L'ÂME, EN ASSIGNANT A CHACUNE D'ELLES UN SIÈGE PARTICULIER DANS L'ORGANISATION.

Vouloir assigner dans le cerveau, à chaque opération ou faculté intellectuelle, un siège ou organe particulier, constaté par l'observation anatomique et physiologique, c'est, d'une part, vouloir une chose impossible, et de l'autre, tenter une entreprise qui, même en la supposant possible, ne servirait en aucune manière à une classification exacte des facultés intellectuelles.

D'abord, une division physiologique du cerveau correspondante aux diverses facultés de l'esprit, est impossible à établir par l'observation. La raison en est qu'il faudrait pour cela pouvoir observer toutes les parties du cerveau au moment même où les opérations intellectuelles s'exécutent, et que le cerveau étant inaccessible à nos sens, ne peut être soumis à une obser-



vation de cette nature. D'un autre côté, l'observation du cadavre ne nous apprend rien à cet égard.

En second lieu, une division quelconque du cerveau en organes particuliers des facultés intellectuelles suppose nécessairement une division ou classification préalable de ces mêmes facultés, faite indépendamment de toute considération physiologique. Or voici ce qui doit alors arriver : ou la division intellectuelle sera réelle, c'est-à-dire vérifiée et approuvée par le sens intime ; ou elle sera conventionnelle, arbitraire, et par conséquent nominale. Dans le premier cas, la division physiologique la plus exacte n'ajouterait absolument rien à l'exactitude de la division intellectuelle, puisque cette dernière aura été établie et vérifiée avant elle et sans elle ; et dans le second cas, la division intellectuelle étant purement hypothétique, la division physiologique qui s'appuiera sur elle le sera nécessairement aussi, et ce double échafaudage d'hypothèses correspondantes ne servira qu'à obscurcir la vérité, au lieu de la manifester.

Ces réflexions s'appliquent, et aux tentatives de Willis et de quelques autres médecins, et même à celles qu'a faites tout récemment le docteur Gall, quoique fondées sur une méthode d'observation plus rationnelle.

M. Pinel a reproduit la même idée, en se fondant sur quelques faits que lui a offerts l'étude de l'aliénation mentale. Il est des aliénés, selon lui, qui exercent une ou plusieurs de leurs facultés intellectuelles, tandis que les autres paraissent suspendues ou oblitérées. Il en conclut que ces facultés peuvent exister et s'exercer isolément, et qu'elles appartiennent par conséquent à autant de sièges organiques distincts.

A cela, Maine de Biran oppose la réponse suivante :

1° L'aliéné, ayant perdu son activité libre et la conscience du *moi*, n'exerce et ne peut exercer aucune des facultés qui se rattachent à sa volonté et à sa conscience, comme la perception, l'attention, le jugement et la mémoire. S'il exerçait une seule

de ces facultés, il aurait la conscience de son activité, du *moi*, et dès lors il ne serait plus aliéné. Ces facultés appartiennent nécessairement au *moi*; elles en sont inséparables. Perdre le *moi*, c'est les perdre. C'est donc s'en faire une idée complètement fausse que de les considérer comme pouvant être détachées, comme susceptibles de s'exercer isolément.

2° Néanmoins il est un ordre de facultés dans l'homme qui, n'étant point subordonnées à l'activité libre du *moi*, peuvent s'exercer sans lui, et par conséquent isolément. Ces facultés sont l'imagination, la mémoire involontaire, les passions, et en général tous les mouvements qui dépendent immédiatement de la sensibilité. Les facultés de ce dernier ordre sont passives de leur nature; elles n'appartiennent point au *moi*; elles peuvent s'exercer sans lui, et recevoir même de l'état d'aliénation un surcroît extraordinaire d'énergie. Celles-là dépendent des organes, et se rattachent très probablement à des sièges organiques distincts.

Ceci me paraît présenter quelques difficultés.

1° Ce n'est que dans l'aliénation la plus complète, c'est-à-dire dans l'idiotisme parvenu à son dernier terme, que le *moi* est entièrement perdu ou éteint. Dans les autres degrés de l'aliénation, il ne l'est que d'une manière plus ou moins imparfaite, plus ou moins avancée. Dans la monomanie, l'activité libre n'est suspendue que relativement à certaines séries d'idées et d'objets; elle demeure entière sur tout le reste. Dans la manie générale, l'activité libre est également suspendue ou détruite en son entier relativement à quelques objets, tandis que relativement à d'autres elle paraît seulement affaiblie, obscurcie, subjuguée en partie, de telle sorte qu'elle ne s'exerce que d'une manière incomplète, irrégulière, se montrant un instant et disparaissant l'instant d'après, s'appliquant à un objet et étant de suite saisie et entraînée par l'objet voisin, etc. Les opérations intellectuelles, dont l'activité libre est le principe, doivent nécessairement participer à ces singulières variations qu'elle éprouve dans son état. De là vient que certains aliénés, dans un moment donné ou

même dans des intervalles de quelque durée, paraissent exercer et exercent réellement quelques unes de leurs facultés actives, tandis que dans un autre moment, ou dans un autre intervalle, ces mêmes facultés semblent avoir cessé d'exister en eux. Ils perdent et recouvrent ainsi tour à tour tantôt une seule, tantôt plusieurs de leurs facultés ou modes d'actions intellectuels; et lors même qu'ils paraissent en jouir, ils ne les exercent qu'imparfaitement et sans suite. Il y a plus : il est des cas où la volonté, entraînée, subjuguée par des mouvements organiques qui l'asservissent, cesse à la vérité d'être libre, mais ne paraît pas cesser pour cela d'être active. Son activité n'est plus dirigée par une prévoyance éclairée, ni par une délibération réfléchie; elle est aveugle, elle ne s'exerce qu'au profit d'une imagination déréglée : mais une preuve qu'elle existe, c'est que l'individu qui l'exerce ainsi a tout à la fois la conscience de son existence et de son asservissement (1). Ce sont ces diverses nuances, ces variations plus ou moins nombreuses, qui ont pu induire M. Pinel en erreur, en lui persuadant que les facultés intellectuelles avaient chacune leur existence isolée, indépendante, et se trouvaient par là même circonscrites dans une portion déterminée du cerveau.

Cette première assertion de Maine de Biran est donc trop rigoureuse, trop exclusive. L'aliénation n'est point un état invariable et absolu; elle a des degrés infinis. Le moi, et surtout l'activité libre, sont plus ou moins altérés, affaiblis, obscurcis, suivant l'intensité plus ou moins grande de ces degrés; mais ils

---

(1) Tant qu'il y a quelque degré de *conscience* et de *compos*, il y a liberté au même degré, par conséquent possibilité de réfléchir ou de juger son état intérieur, par suite, de faire effort contre l'entraînement des images. Le premier moyen curatif dans ces aliénations partielles serait d'exercer soi-même de l'empire sur soi-même. Or tant que cet empire subsiste au degré le plus bas, il n'y a point d'aliénation proprement dite.  
*Note de Maine de Biran.*

ne sont détruits et éteints qu'au dernier de ces degrés, c'est-à-dire dans l'idiotisme complet.

2° Maine de Biran admet dans l'aliéné des facultés qu'il appelle *passives*, et qui par cela seul qu'elles sont *passives*, c'est-à-dire qu'elles ne découlent point de la libre activité du *moi*, ne lui appartiennent point, lui sont étrangères. Ces facultés sont toutes celles qui dérivent immédiatement de la sensibilité, comme les sensations, l'imagination et les passions. Il y a là-dessus deux réflexions à faire.

La première est qu'il existe chez un très grand nombre d'aliénés beaucoup d'opérations intellectuelles qui, quoique irrégulières et inconstantes, s'étendent certainement au-delà du domaine de la sensibilité pure. Je l'ai déjà remarqué tout-à-l'heure : ces opérations ne peuvent pas avoir lieu sans un *concours quelconque de l'intelligence*, soit que ce *concours soit libre, soit qu'il ne le soit pas* (1). C'est ainsi que l'aliéné reconnaît des personnes ou des objets qu'il a vus précédemment ; se rappelle une foule de circonstances dans lesquelles il a été acteur ou témoin ; forme des projets, et combine avec suite et un art infinis les moyens de les exécuter (2) ; ne montre souvent qu'une partie des mouvements qui l'agitent, et cache avec soin ce qui pourrait lui nuire (3) ; en un mot, exerce évidemment la perception, la mémoire, l'attention et le jugement. Or tout cela est au-dessus de la sensibilité pure.

En second lieu, les phénomènes de la sensibilité, quoique nécessaires et passifs, n'échappent pas tous, à beaucoup près, à la *conscience* de l'aliéné : il a certainement, dans beaucoup de cas, la *perception intérieure* de ses sensations internes et externes,

(1) Je n'admets pas d'intelligence là où il n'y a pas de liberté. *Note de Maine de Biran.*

(2) Quand il n'a pas la conscience de son activité ou du pouvoir de faire de telles combinaisons, il est un automate intellectuel et aliéné à tel ou tel degré. *Note de Maine de Biran.*

(3) En cela, il n'est pas aliéné. *Note de Maine de Biran.*

aussi bien que des mouvements et actes qu'une *impulsion plus ou moins violente arrache à sa volonté* (1) ; et la preuve en est que , lorsqu'il obtient une guérison durable ou seulement momentanée , il a un souvenir , quelquefois confus il est vrai , mais d'autres fois très clair et très distinct , de ce qui s'est passé en lui pendant son aliénation. Il résulte de là , ce me semble , que la *conscience* n'est point inséparable de l'*activité libre* ou de la *liberté* , et qu'elle a pour objet non seulement les opérations libres de la volonté , mais encore les phénomènes nécessaires de la sensibilité. Il suit encore de là que , quoique la liberté soit suspendue ou détruite , on ne peut pas dire que le *moi* le soit entièrement , tant que la conscience subsiste encore à un certain degré. Il y a deux choses dans le *moi* , la *liberté* et la *conscience* , le *compos* et le *conscium sui* ; et l'on peut perdre la première sans perdre entièrement la seconde.

2<sup>o</sup> COMMENT LES DIVISIONS PHYSIOLOGIQUES DES FONCTIONS DE SENSIBILITÉ ET DE CONTRACTILITÉ LAISSENT A L'ÉCART LES FAITS DES SENS INTIMES.

*Différentes espèces de sensibilité distinguées par Bichat.*

Bichat a distingué deux espèces de sensibilité : l'une , plus faible , et dont l'action est bornée à l'organe même qui reçoit l'impression d'un stimulus ; l'autre , plus forte , et en vertu de laquelle les impressions reçues par chaque organe sont transmises jusqu'au cerveau par le moyen des nerfs. La première est la sensibilité *organique* , et la seconde la sensibilité *animale*. Ces deux espèces de sensibilité , d'après Bichat lui-même , sont de la même nature , et ne diffèrent que par le degré ou par la dose.

Or il est évident que ni l'une ni l'autre de ces deux sortes de

---

(1) En ce cas la *volonté* ne s'exerce pas , elle n'exécute rien de ce qui se fait par une impulsion violente et aveugle. *Note de Maine de Biran.*

sensibilité ne comprennent les faits du sens intime. Ce n'est pas la première, puisque son action est concentrée dans l'organe affecté. Ce n'est pas non plus la seconde, puisqu'elle est absolument la même que la première, sauf la transmission des impressions au cerveau. Que les impressions restent dans les organes ou qu'elles arrivent jusqu'au cerveau, il n'y a dans tout cela qu'un phénomène purement vital, purement organique. La *conscience*, ou la *perception intérieure* de ces impressions que le moi éprouve dans le même moment, n'a rien de commun avec ce phénomène. Que l'on élève tant que l'on voudra la sensibilité animale, on n'en obtiendra qu'une impression plus ou moins forte sur le cerveau, mais jamais la conscience de cette même impression. Si l'on faisait entrer la notion de *conscience* dans la notion de *sensibilité animale*, on établirait par là même une distance infinie entre la sensibilité animale et la sensibilité organique, et par conséquent on dénaturerait complètement la première.

*Différentes espèces de contractilité distinguées par Bichat.*

A côté des deux espèces de sensibilité dont il vient d'être question, Bichat a placé deux espèces de contractilité qui leur correspondent, et qui sont désignées par les mêmes noms. La contractilité *organique* s'exerce immédiatement par les diverses parties du corps qui sont soumises à l'impression d'un *stimulus*, sans l'intermédiaire d'aucun autre organe; la contractilité *animale*, au contraire, ne peut s'exercer qu'au moyen de l'action du cerveau, auquel arrivent toutes les impressions qui appartiennent à la sensibilité animale, et d'où partent toutes les irradiations, qui sont le principe des mouvements de cette nature.

Ce n'est point ici le lieu de s'appesantir sur les caractères physiologiques qui différencient ces deux espèces de contractilité; il suffit à notre objet de remarquer que la contractilité organique est concentrée et trouve son principe dans l'organe même qui se contracte, tandis que la contractilité animale est sous la dé-

pendance nécessaire du centre cérébral, et n'a son principe que dans ce centre. Cela posé, la théorie de ces deux sortes de contractilité comprend-elle tous les faits du sens intime, et peut-on s'en tenir à elle pour les expliquer ?

On peut répondre hardiment par la négative.

Cela est d'abord évident pour la contractilité *organique*, puisque les mouvements qu'elle produit s'opèrent sans *conscience* et sans le *concours de la volonté*.

Quant à la contractilité *animale*, les mouvements qui en naissent n'étant pas tous de la même nature, il est nécessaire de donner quelques explications.

Les mouvements opérés sous l'influence de l'action cérébrale peuvent se partager en deux grandes classes, savoir : les mouvements volontaires et les mouvements involontaires.

Ces derniers peuvent naître primitivement du cerveau lui-même, entrant spontanément en action sous une influence exercée directement sur lui ; ils peuvent aussi ne partir qu'indirectement ou secondairement du cerveau, et avoir leur point de départ dans un autre organe plus ou moins éloigné, dont l'action a été transmise au centre cérébral, et envoyée ensuite par ce centre aux parties qui se meuvent. L'un de ces deux modes est direct ou primitif ; l'autre est indirect ou sympathique. Mais ce qu'il est bien important de remarquer, c'est que, dans l'un comme dans l'autre, la locomotion s'opère toujours d'une manière nécessaire et passive ; c'est que, dans l'un comme dans l'autre, le mouvement naît toujours d'une excitation organique, régulière ou irrégulière, et se transmet toujours d'organe à organe en vertu de lois purement physiologiques.

Les mouvements volontaires présentent un caractère bien différent. Ici intervient une puissance dont le *moi* a la conscience, et qu'il s'attribue comme inséparable de lui-même ; puissance qui peut à son gré commencer, continuer ou suspendre le mouvement ; puissance qui en est par conséquent la véritable cause, mais cause libre et éclairée, qui ne se déploie qu'en vertu d'un

jugement de l'esprit et d'une délibération de la volonté. Ici la locomotion n'est plus passive ; elle est libre. L'action du cerveau et des nerfs en est la condition matérielle ; mais elle n'en est que la condition , et non point la cause.

Or l'idée de contractilité animale ne renfermant que celle de mouvements nécessaires, ne renferme certainement point celle de la puissance libre, active et causale dont il vient d'être question. Tout ce qui appartient à la contractilité animale dans les mouvements volontaires, c'est le jeu sensible des instruments organiques par lesquels ils s'exécutent ; mais la cause motrice qui les produit et qui les rend volontaires est placée ailleurs. Voilà ce que nous apprend la conscience. Elle a bien aussi, dans la plupart des cas, le sentiment ou la perception intérieure des mouvements volontaires qui se produisent dans l'organisation sous l'influence du cerveau, et par conséquent sous l'action de la contractilité animale ; mais ce même sentiment lui dit que ces sortes de mouvements sont étrangers au *moi*, et qu'il n'en est point la cause. Tels sont les mouvements opérés dans certaines maladies du cerveau par une excitation musculaire, spasmodique, l'individu conservant d'ailleurs toutes ses facultés sensibles et intellectuelles.

Il suit de tout cela qu'aucune expérience extérieure, aucun fait physique ou physiologique, ne peut imiter, figurer, reproduire, ni par conséquent expliquer les effets propres de la volonté ; et cette impossibilité absolue, insurmontable, montre clairement le passage d'une nature à une autre.

Il y a plus : non seulement les expériences physiologiques ne peuvent point expliquer les actes de la volonté, mais la volonté peut, à son gré, arrêter ou dénaturer tous les résultats des expériences physiologiques les mieux combinées. On en trouve tous les jours des preuves en soi-même ; et s'il en fallait de plus positives, le seul exemple de Mutius Scevola en offrirait une non moins illustre qu'incontestable.

Le lien le plus direct, le plus puissant qui existe entre nos



deux natures, pensante et vivante, est donc l'action causale exercée par la première sur la seconde. Mais ce lien est-il le seul? et si les faits de la nature vivante ne peuvent expliquer les faits de la nature pensante, la première de ces deux natures n'exerce-t-elle pas à son tour une influence réelle sur la seconde? C'est le sujet de la seconde partie de ce Mémoire.

## Deuxième Partie.

### RECHERCHE EXPÉRIMENTALE DES VRAIS-RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LES FAITS PHYSIOLOGIQUES ET LES FAITS DE L'ÂME OU DU SENS INTIME.

L'homme, ainsi que nous l'avons vu précédemment, réunit en lui deux natures, ou deux modes d'existence différents. A ce titre, il obéit à deux sortes de lois.

Comme être *organisé, vivant et sentant*, il obéit à des lois *nécessaires*, qu'il ne connaît point, et il y obéit sans le *savoir*, il ignore sa propre vie et sa propre existence.

Comme être *intelligent et libre*, l'homme se sent exister *moi*, personne morale, identique à elle-même, *cause ou force virtuelle* capable de commencer, suspendre ou continuer le mouvement du corps, et ayant la *conscience* de tout ce qui se passe en lui. A ce titre de *personne* ou de *moi*, l'homme non seulement *vit et sent*, mais il a de plus l'*aperception interne* de sa force active et libre, ainsi que des sensations qui la modifient. Non seulement il a des rapports avec les êtres qui l'environnent, mais il connaît ces rapports, et s'y soustrait ou les étend à son gré.

Tout ce que cette *force* identifiée avec le *moi* opère par sa libre activité est perçu par la conscience, et *ne peut être perçu que par elle*. C'est là l'*aperception intérieure*.

Tout ce que n'opère pas cette *force moi*, tout ce qui se fait dans le corps sans elle ou malgré elle, et en vertu de la seule vitalité des organes, n'entre pas dans le domaine de la con-

science. A cette dernière classe se rapportent tous les phénomènes de la sensibilité, considérée soit dans chaque organe particulier, soit dans le cerveau lui-même, et par conséquent toutes les sensations animales proprement dites. En un mot, tout ce qui sort de la sphère de notre libre activité, tout ce qui tombe sous les lois nécessaires de la nature organisée, vivante ou morte, appartient à la physiologie. La *liberté* et la *nécessité*, voilà les deux limites dans lesquelles se trouvent circonscrits les deux modes d'existence qui constituent l'homme, je veux dire l'*existence active* et l'*existence sensitive*.

Reste à déterminer en quoi consiste cette existence purement sensitive qui forme l'état naturel des animaux, et à laquelle l'homme lui-même est réduit dans un sommeil profond, ainsi que dans plusieurs états maladifs, et comment il est possible de la concevoir.

Il faut d'abord bien établir, ou plutôt se bien rappeler que, dans ce mode d'existence, il n'y a point de *moi* qui agisse comme cause, ni qui perçoive les phénomènes opérés dans le corps, ni enfin qui se représente hors de lui des êtres distingués de lui.

Cela posé, qu'est-ce que la sensation sans le *moi*, ou sans l'intervention du *moi* ?

Suivant Locke et ses successeurs, c'est un phénomène *simple*, indivisible. Suivant M. de Biran, c'est un *composé* qu'on peut résoudre par l'analyse en deux parties distinctes, l'une purement *affective*, c'est-à-dire qui se borne à affecter la combinaison vivante ou l'animal; l'autre *intuitive*, c'est-à-dire qui *représente* sans *affecter*.

On conçoit très bien la première de ces deux parties de la sensation, ou la partie *affective*. Ce n'est autre chose, en effet, que l'impression faite sur nos organes par les corps extérieurs, et transmise ensuite au cerveau par le moyen des nerfs. Mais qu'est-ce que cette partie que M. de Biran appelle *intuitive*, et dont la nature, selon lui, est de *représenter* sans affecter ? En quoi consiste cette *représentation* ? Où en est le

siège? En supposant l'absence du *moi*, ce siège, à ce qu'il semble, ne peut être ailleurs que dans le cerveau. Or, comment le cerveau représente-t-il quelque chose? et s'il représente quelque chose, comment cette représentation peut-elle avoir lieu, sans une *affection* préalable des organes, ou même de toute la combinaison vivante? Enfin, le mot *intuitive*, *intuition*, suppose un regard, et par conséquent une action. Mais comment peut-il y avoir une action sans le *moi*? Si le cerveau représente quelque chose, il le fait d'une manière passive; et la vue des objets ainsi représentés par lui, vue qui forme proprement l'*intuition*, à qui appartient-elle (1)? — J'avoue que je ne comprends pas tout cela d'une manière bien claire et bien nette.

Quoi qu'il en soit, ces deux premières parties de la sensation, si elles existent réellement, ne sont encore que des phénomènes organiques, que des effets de la *sensibilité animale*. C'est, si l'on veut, la *matière*, l'objet de la sensation considérée *dans sa partie intellectuelle*. Mais la sensation ne devient réellement intellectuelle qu'autant qu'il se rencontre un *sujet*, un *substratum*, un *moi*, qui s'applique à l'objet représenté, le connaît et s'en distingue. Or, ce *moi* ne s'établit que par le sentiment intime de cette distinction elle-même, et cette distinction, à son tour, suppose nécessairement la notion primitive de cause et d'effet, notion qui est inhérente au *moi* et sans laquelle le *moi* ne pourrait avoir le sentiment de sa propre existence. Cette notion dérive de l'activité du *moi*. Lorsqu'il opère un mouvement dans le corps, il le sait; il sait que ce mouvement est l'effet de sa volonté libre; il s'attribue cet effet, il sent qu'il en est la *cause*. Voilà la source de la notion de cause. Mais s'il a la connaissance ou la conscience d'un phénomène opéré dans le corps sans lui, il attribue ce phénomène à une force étrangère qu'il conçoit

---

(1) A l'âme sensitive, au même être organisé qui peut vivre, végéter, fonctionner de différentes manières, sentir même, sans le savoir, sans le vouloir. *Note de Maine de Biran.*

hors de lui , et il transporte à cette force la puissance causale dont il a primitivement trouvé la notion en lui-même.

Toute sensation perçue suppose donc nécessairement le sentiment ou l'aperception de *cause*, soit *subjective*, quand le phénomène perçu est un produit de l'activité libre du *moi*, soit *objective*, quand il est le produit d'une force extérieure ou étrangère au *moi*. Otez cette *aperception*, ce sentiment intime de *cause*, et il ne peut plus y avoir de perception, parce qu'il n'y a plus de sujet ou de *moi* qui perçoive, c'est-à-dire qui se distingue de l'objet perçu.

Voici maintenant ce qui résulte de cette considération fondamentale :

Si la notion de cause, d'une part est indispensable à la perception, et de l'autre part dérive exclusivement de l'activité libre du *moi*, il s'ensuit qu'un être qui serait privé de cette activité libre n'aurait aucune perception, ne pourrait attribuer à aucune force étrangère les impressions qu'il recevrait, et par conséquent ne se distinguerait point de ces impressions. Il n'y aurait point pour lui de *sujet* ni d'*objet*, parce qu'il n'y aurait point de *moi*. Un pareil être ne serait point une *personne identique* à elle-même, subsistante par elle-même; il serait identifié avec chacune de ses modifications successives, sans pouvoir jamais s'en distinguer. Telle est l'idée que l'on doit se faire d'une existence purement sensitive, purement animale. C'est à ce mode d'existence que M. de Biran réduit exclusivement les animaux. C'est également à lui qu'il réduit l'homme dans le sommeil profond, dans l'état apoplectique, et même dans l'état d'aliénation. Cela est-il parfaitement vrai des animaux et de l'homme aliéné? C'est sur quoi j'avoue qu'il me reste beaucoup de doutes et beaucoup d'incertitude.

En admettant le mode d'existence purement animale ainsi défini et circonscrit, on voit de suite que tout ce qui est compris dans la sensation passive ou simple réceptivité d'impressions faites sur les organes et transmises au cerveau, toutes les facultés

ou fonctions qui dérivent de cette réceptivité, appartiennent par là même, dans l'homme, à cette portion de son être qui est bornée à la vie sensitive. Tout ce qui dérive, au contraire, de la libre activité du *moi*, appartient à l'intelligence et à la volonté. Les faits du premier ordre, étant passifs et hors de la sphère d'activité du *moi*, ne sont point, suivant M. de Biran, du domaine de la conscience. Comment se fait-il donc que l'âme ait *nécessairement* la conscience des sensations qui arrivent jusqu'au cerveau ? Comment se fait-il que, de son propre aveu, ces impressions, les mouvements qui en naissent, et en général, tout le jeu de l'organisation nerveuse et sensitive, agissent sur l'âme avec une telle force, que trop souvent elles aient pour effet d'aveugler l'intelligence et d'absorber la volonté (1) ?

M. de Biran établit encore, à titre d'hypothèse, il est vrai, mais d'hypothèse justifiée par le sens intime, que l'âme, en tant que *moi*, n'agit point immédiatement sur les nerfs *sensitifs*, mais bien directement, quoique d'une manière inconnue, sur tous les organes de la locomotion volontaire, lesquels, ajoute-t-il, *servent aussi à toutes les perceptions proprement dites*. Il fonde cette hypothèse sur ce que les sensations sont hors de la sphère d'activité du *moi*, et sur ce que les nerfs étant les agents des sensations, doivent être également soustraits à cette libre activité.

Cette hypothèse est contredite par l'observation (2). Il est certain que toutes les fois qu'un ou plusieurs muscles volontaires

(1) Toujours la même difficulté qui tient à un défaut de distinction entre ce qui devient *objet* de la conscience et ce qui en est le *sujet* propre, et qui constitue la personne ou la conscience elle-même. *Note de Maine de Biran.*

(2) La distinction entre les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs a été admise par plusieurs physiologistes. En supposant que l'âme n'agit pas sur ceux-ci dans les affections passives de la sensibilité, j'admets toute son influence directe sur les nerfs qui servent à mettre les muscles en jeu. *Note de Maine de Biran.*

se trouvent soustraits à l'influence nerveuse, soit par la section des nerfs qu'ils reçoivent, soit par la compression ou une maladie quelconque du centre cérébral lui-même, la volonté perd aussitôt son pouvoir sur ces muscles, et ne peut plus parvenir à leur imprimer le moindre mouvement. C'est par conséquent au moyen des nerfs, et non immédiatement, que l'âme agit sur les organes de la locomotion; d'où il résulte évidemment que les nerfs ne sont point placés, comme le prétend M. de Biran, hors de la sphère d'activité du *moi*; ce qui aide à concevoir, au moins jusqu'à un certain point, comment les impressions portées au cerveau par leur entremise tombent dans le domaine de la conscience.

Une autre conséquence de cette existence impersonnelle et purement animale qui vient d'être définie ou plutôt décrite, c'est que, pour les êtres qui s'y trouvent restreints, aucun signe, aucun langage n'est possible. La raison en est toute simple : ils n'ont point de signes, ils ne parlent pas, parce qu'ils ne pensent pas, qu'ils n'ont point d'idées, qu'ils ne perçoivent point les objets extérieurs; et ils ne les perçoivent pas, parce que n'étant pas des *personnes*, ils n'ont point le sentiment du *moi* et de sa libre activité, ne se distinguent point de ce qui n'est pas eux, n'ont par conséquent aucune notion du *sujet* ni de l'*attribut*, et dès lors sont incapables d'attacher un sens quelconque au mot *je*, de même qu'au verbe *est*. Ce n'est que de cette manière que l'on peut expliquer pourquoi les animaux, qui sont doués d'organes vocaux semblables aux nôtres, restent cependant toujours muets.

On peut, en suivant cette idée, marquer avec précision l'époque où l'enfant passe de la vie animale à la vie intellectuelle, et se rendre un compte satisfaisant de ce passage. L'enfant est doué en naissant de signes *instinctifs* propres à manifester ses besoins. Ces signes sont les cris et les pleurs. Tant que l'enfant est borné à la vie sensitive, il emploie ces signes sans les connaître; et jusque là ils ne sont en effet des signes que pour sa

nourrice, qui peut seule leur attacher un sens. Mais aussitôt que l'enfant commence à avoir le sentiment du *moi* et à devenir une *personne*, il a par là même une connaissance distincte de sa souffrance, il sent le besoin de secours, et pour obtenir ces secours, il emploie *volontairement et sciemment* ces mêmes cris qu'il poussait auparavant d'une manière purement instinctive. Ces cris alors deviennent pour lui de véritables signes, mais ils ne le deviennent que parce qu'il les institue tels par sa propre activité et qu'il leur attache un sens.

A l'appui de ces considérations, M. de Biran cite l'exemple suivant, rapporté par M. Rey-Régis, médecin, dans son histoire naturelle de l'âme.

Un hémiplégique, qui conservait encore quelque sensibilité dans sa moitié paralysée, n'éprouvait toutefois qu'une impression générale de douleur lorsqu'on le pinçait dans un point quelconque de cette moitié, sans qu'il vît la main qui le pinçait; il lui était impossible alors de *localiser* cette impression, c'est-à-dire, de la rapporter à une partie déterminée de son corps. Lorsqu'ensuite il recouvra l'usage de ses membres, il apprit de nouveau à localiser les impressions dans les parties paralysées, à mesure qu'il sentit le mouvement s'y rétablir.

Il résulte de là, suivant M. de Biran, qu'en mettant à part l'activité libre du *moi*, ou la faculté de commencer ou de continuer le mouvement à son gré, toutes les impressions reçues par les nerfs et transmises au cerveau ne seraient que de ces sensations générales et vagues qui affectent toute la combinaison vivante, sans pouvoir être rapportées à aucun siège, ni attribuées à aucune cause, interne ou externe. C'est là un exemple de l'existence purement sensitive dont il est question en ce moment.

Pour mieux caractériser cette existence, M. de Biran cherche à expliquer d'une manière plus précise ce qu'il entend par ces espèces de sensations auxquelles il donne le nom d'*intuition*; sensations qui, sans être au nombre de ces affections générales

de plaisir ou de peine qui viennent d'être décrites, n'en sont cependant pas moins hors du *moi*, et de simples produits de la sensibilité purement animale.

Lorsqu'un objet extérieur vient frapper le sens de la vue, les deux phénomènes suivants ont lieu : 1° l'organe en est affecté et en reçoit l'impression ; 2° cette impression s'y dessine sous la forme d'images représentées au-dehors, et y persiste plus ou moins longtemps. Or, cette seconde partie de la sensation de la vue, cette formation d'images représentées au-dehors, est ce que M. de Biran appelle *intuition externe*.

Non seulement ces images se forment dans l'œil et y demeurent plus ou moins longtemps, mais elles peuvent s'y reproduire spontanément, s'associer, se combiner et se succéder de mille manières différentes, sans que la volonté y prenne aucune part, et sans que la conscience y participe autrement que comme témoin. Cette reproduction spontanée appartient encore à l'*intuition externe*.

Un phénomène semblable a lieu dans le cerveau. Les images tracées dans l'œil sont transmises au centre cérébral, et peuvent également ou y persister plus ou moins longtemps, ou s'y reproduire spontanément. Ici c'est l'*intuition interne* ou l'*imagination proprement dite*.

Ces deux sortes de facultés d'intuition, interne et externe, sont *passives*, quoique *spontanées*. Elles paraissent dépendre, suivant l'auteur, d'une *propriété vibratoire* commune au cerveau et au sens de la vue, propriété qui, une fois mise en action, y reste plus ou moins longtemps, et peut ensuite y entrer de nouveau d'elle-même sous certaines conditions. L'une et l'autre par conséquent sont purement animales. Elles fournissent en quelque sorte des matériaux à l'intelligence, mais elles ne lui appartiennent pas.

On peut dire à peu près la même chose du sens de l'ouïe. Les sons exercent d'abord sur lui une impression purement *affective* ; mais cette impression n'en reste pas là. Elle persiste plus



ou moins longtemps dans l'organe, et y produit, non pas une image distincte, mais quelque chose qui représente aussi le son au-dehors. Non seulement cette représentation s'y forme au moment de l'audition, mais elle peut aussi, dans certains cas, s'y reproduire spontanément, et renouveler la sensation de sons plus ou moins variés qui n'existent que dans l'organe.

On ne peut pas dire la même chose de l'odorat, du goût, ni même du toucher; ces sens ne reçoivent que des affections, et ne *représentent rien* : aussi la vue et l'ouïe sont-ils les sens propres de la *perception*. (Il me semble toutefois que le toucher proprement dit doit être placé, sous ce rapport, dans la même classe que la vue et l'ouïe.)

C'est à l'exercice spontané de cette faculté passive d'intuition que M. de Biran attribue les inégalités, les caprices, les alternatives d'excitation et d'abattement du système nerveux auxquels la plupart des hommes sont sujets. C'est également à elle qu'il rattache les visions nocturnes, les apparitions de spectres, et il faut ajouter les sous extraordinaires qui se font quelquefois entendre dans certains songes.

Ceci donne lieu à plusieurs réflexions.

1° Il est certain qu'un nombre infini d'images, auparavant reçues par l'organe de la vue, se reproduisent spontanément et avec des combinaisons variées à l'infini, soit dans la veille, soit dans le sommeil. Mais est-il bien sûr que cette reproduction ait lieu dans l'œil même, ou plutôt n'est-elle pas uniquement l'effet d'une excitation spéciale du cerveau? Cette dernière opinion me paraît la plus probable. Rien ne prouve que les images dont il s'agit existent alors dans l'organe de la vue (1).

2° Le caractère particulier que M. de Biran donne à l'*intuition*, même *externe*, est la formation d'*images représentées*

(1) Je crois que l'excitation spéciale du cerveau est la vraie cause qui reproduit ces images auxquelles l'organe même de la *vue externe* peut participer par sa solidarité. *Note de Maine de Biran.*

*dans l'espace.*—Il me semble impossible qu'une représentation quelconque ait lieu *dans l'espace*, et par conséquent hors de l'animal, sans l'intervention du *moi*. *L'espace*, en effet, est alors distingué de l'animal dans lequel se forme cette représentation, et toute distinction de cette espèce suppose un *moi* (1).

3° Sans doute, la reproduction spontanée de certaines images dans la veille, et surtout dans les songes, est un phénomène organique; mais les combinaisons de ces images, leurs associations plus ou moins irrégulières, les créations singulières qui en résultent, tout cela ne se peut pas faire et ne se fait pas sans une participation quelconque de l'intelligence. M. de Biran avoue lui-même que la conscience, ou le *moi*, en est le *témoin*; l'important serait de bien définir en quoi consiste ce rôle de *témoin* qu'il attribue au *moi* dans ces sortes de cas (2).

Quoi qu'il en soit, M. de Biran fait entrer cette faculté passive mais spontanée d'intuition, dans le domaine de la vie purement animale ou sensitive; de sorte que cette vie se compose de deux sortes de modes, les modes *affectifs*, qui ne sont autre chose que ces sensations générales et vagues dont il a été question, et les modes *intuitifs*, qui consistent dans la faculté d'intuition interne et externe, telle qu'elle vient d'être décrite.

Lorsque le *moi* ne prend aucune part de conscience aux modifications de la sensibilité, soit que ces modifications soient

(1) L'espace est la forme propre des intuitions visuelles et tactiles. Dès que le moi ou la personne existe, nul doute qu'elle ne se distingue ou se sépare de l'espace, et par suite des intuitions comme des sensations qu'elle y rapporte. Mais avant que le moi existe ou s'aperçoive lui-même intérieurement comme force agissante et pensante, il y a des intuitions et des sensations impersonnelles, l'âme sensitive s'identifie avec l'espace et l'étendue colorés; et cette identification exclut la distinction opposée par M. R.-C. Condillac semble placée dans ce point de vue, quand il dit que l'âme de la statue devient tour à tour chacune des sensations qu'elle éprouve; elle devient couleur comme odeur, et quand il y a plusieurs couleurs, l'âme de la statue est variée, etc. *Note de Maine de Biran.*

(2) Je l'ai dit, le moi est témoin de ce qu'il éprouve sans agir,

*intuitives*, soit qu'elles soient *affectives*, elles sont perdues pour lui ; il n'en a aucune connaissance, et il ne peut en avoir aucun souvenir. Cependant il est des cas où un observateur attentif peut en découvrir une partie et s'en faire quelque idée. Certaines intuitions ou images, par exemple, se reproduisent plus ou moins irrégulièrement lorsque les causes ou dispositions qui les ont fait naître la première fois viennent à se renouveler, et chacune de ces reproductions successives, se rattachant confusément dans notre esprit à un mode semblable d'existence antérieure, fournit le moyen d'examiner ce mode, et d'en constater la nature, ainsi que la périodicité. C'est ainsi que les diverses saisons de l'année peuvent ramener certains goûts, certaines tendances ou dispositions, et les images qui leur correspondent : quelquefois l'individu, attentif à observer ces retours, les remarque et s'en rend compte ; souvent aussi il ne s'en aperçoit pas. Tout cela appartient à la sensibilité, que M. de Biran appelle aussi *l'âme sensitive*, à ses jeux, à ses sympathies ; et par conséquent tout cela est soumis à des lois et dirigé par des influences sur lesquelles le *moi* n'a aucun pouvoir.

Les observations suivantes sont encore très propres à caractériser l'existence purement sensitive.

Certains organes ou certaines séries d'organes sont sujets à des appétits brusques, à des sortes de *passions* qui prennent quelquefois une telle violence qu'elles finissent par dominer tout l'individu, absorber le sentiment du *moi*, et entraîner à son insu tous les mouvements et toutes les déterminations sur ce centre partiel. Les autres organes, liés par *consensus* ou par sympathie avec l'organe ainsi exalté, participent plus ou moins à cette exaltation, et semblent lui obéir. De là ressort un ensemble de mouvements et de déterminations qui concourent à un but commun ; et cependant cet ensemble n'est pas *simple*, mais seulement la *résultante* de forces multiples et variables à chaque instant. Tous ces mouvements ainsi coordonnés s'exécutent au sein de la vie animale, sans qu'elle le sache, sans qu'elle s'en

rende compte, et par conséquent sans l'intervention du *moi*.

Ces scènes sensibles sont de leur nature très variables, et cependant plus ou moins, suivant les individus et leurs degrés particuliers de sensibilité. C'est ce qui fait que nous sommes alternativement, et sans savoir pourquoi, tristes et gais, froids et ardents, timides et courageux, etc. Ces diverses dispositions se succèdent suivant les âges, les saisons, et quelquefois même suivant les diverses heures du jour. — Enfin, elles associent leurs produits cachés et inaperçus à l'exercice des sens et de la pensée, et communiquent par là aux choses et aux êtres une sorte de teinte analogue à chacune d'elles. Voilà pourquoi dans certains temps tous les objets se présentent à nous avec des couleurs riantes, et dans d'autres moments nous paraissent couverts d'un voile funèbre. C'est là la source ordinaire de nos joies et de nos tristesses, de notre bonheur et de notre malheur. Qui trouverait le secret de fixer, de rendre permanentes les impressions heureuses ou l'état organique qui les fait naître, serait le premier bienfaiteur de l'humanité.

Quelque chose de semblable se passe, suivant M. de Biran, dans le sommeil et dans le délire.

Dans le sommeil, il y a inaction complète des sens externes et même du sens interne de l'*intuition*, et par conséquent suspension également complète de l'activité du *moi*; car l'action des sens et du cerveau est la condition nécessaire de l'action du *moi*. Toutefois, dans cet état, les organes intérieurs prennent quelquefois un surcroît d'activité qui transforme leurs impressions immédiates en véritables *sensations animales*. De là résultent divers actes ou mouvements purement instinctifs, et qui, quoique coordonnés d'une manière relative à l'affection qui les a produits, n'en sont pas moins totalement étrangers au *moi* qui est absent et qui les ignore.

Mais le sommeil peut n'être pas complet. D'abord, il ne s'établit que par degrés; les sens extérieurs s'engourdissent ordinairement l'un après l'autre, et ce n'est que lorsque leur inac-

tion est entière que l'être intellectuel est véritablement endormi. Dans ce passage de l'état d'activité à l'état d'inaction, il y a une foule de nuances, une infinité de produits mal élaborés, soit de la sensibilité, soit de l'activité intellectuelle, qu'il est très difficile de bien observer, et non moins difficile de bien caractériser. Les mêmes gradations et par conséquent les mêmes produits ont lieu dans le passage de l'état complet de sommeil à l'état complet de veille.

Même lorsque le sommeil est établi, il peut encore n'être pas complet, sans cependant ramener l'état de veille. C'est ce qui arrive dans les songes. M. de Biran n'explique point assez, à mon avis, ce singulier phénomène. Il semble laisser croire que les songes sont exclusivement produits par les *intuitions internes* spontanément renouvelées, et s'associant ou se combinant de mille manières différentes, explication qui les ferait entrer totalement dans le domaine de la sensibilité animale; mais il est difficile, pour ne pas dire impossible, de s'en rendre un compte satisfaisant en n'y voyant qu'un phénomène purement organique. Il y a dans les combinaisons des songes quelque chose de plus que des mouvements vitaux; il y a des rapprochements, des comparaisons, des jugements, une suite de raisonnements; et ce qui est plus que tout cela, il y a l'intervention de la conscience, puisque, après le réveil, l'individu en a la *réminiscence*. Le *moi*, ou l'intelligence, n'y est donc pas entièrement étranger. M. de Biran l'avoue lui-même, en reconnaissant que les *véritables produits de l'intelligence percent quelquefois dans ce vague obscur des images, et leur impriment le caractère d'une réminiscence imparfaite*. Mais comment l'intelligence prend-elle part aux songes et dans quelle mesure le fait-elle? C'est ce qu'il me paraît difficile de dire dans le système de M. de Biran (1).

---

(1) Je ne vois point de difficulté. Je ne cherche pas à expliquer (on n'explique rien), mais à reconnaître, d'après l'expérience, le concours

Des observations analogues s'appliquent à l'état de délire. Suivant M. de Biran, l'idiotisme est la même chose, relativement à l'intelligence, que le sommeil complet, c'est-à-dire que le *moi* est entièrement suspendu dans l'un et dans l'autre. Les autres degrés d'aliénation, et en particulier le délire maniaque, ont quelque chose de semblable aux songes. Le sens interne de l'intuition ou de l'imagination, entièrement soustrait à l'action du *moi*, et en même temps excité sans cesse par les impressions du dehors et du dedans, y produit cette variété infinie d'images d'associations plus ou moins bizarres, et de mouvements tantôt tumultueux, tantôt coordonnés, dont se compose l'existence des aliénés. Mais le caractère essentiel de l'aliénation n'en demeure pas moins constamment le même, et ce caractère est l'absence ou la suspension du *moi*, c'est-à-dire de l'*aperception*, de la *conscience* et de l'*activité libre*; d'où il résulte qu'il ne peut y avoir dans l'aliéné ni *attention*, ni *mémoire*, ni *réflexion*, etc., et que si on lui attribue ces facultés, ce ne sont plus alors que des facultés conventionnelles, nominales, et non celles que le sens intime nous découvre en nous-mêmes.

Malheureusement l'observation n'est pas tout-à-fait conforme à ces principes. Excepté l'idiotisme complet, il n'est peut-être pas un seul degré d'aliénation où l'on puisse dire que l'intelligence ne prend aucune part aux opérations de l'aliéné. Cette part se réduit quelquefois à fort peu de chose; d'autres fois elle est considérable. Il y a souvent conscience, puisqu'il y a mémoire; il y a aussi connaissance des autres individus, ainsi que des objets extérieurs, et par conséquent perception. D'un autre côté, il est certain que l'aliénation n'existe jamais, même dans le degré le plus léger, sans que l'empire de la volonté libre soit suspendu; d'où l'on serait porté à conclure que l'intelligence

---

des deux sortes de facultés, appartenant l'une à l'âme sensitive, l'autre à l'âme pensante ou au *moi*. Celles-ci n'interviennent que d'une manière accidentelle et momentanee pendant que le fond du phénomène appartient à l'âme sensitive dans les songes, etc. *Note de Maine de Biran.*

peut recevoir une certaine mesure d'activité, sans que la volonté soit entièrement libre. Je ne sais pas si cette conclusion pourrait s'accorder avec la théorie de M. de Biran ; cependant il me paraît bien difficile de ne pas l'admettre.

Il suit au moins de tout ce qui précède que le physique et le moral sont bien réellement distincts, régis par des lois particulières, et soumis à des modes d'observation appropriés à chacun d'eux. Mais ce qui reste à déterminer et ce qu'il importe aussi le plus de déterminer, ce sont les rapports qui existent entre l'un et l'autre ; c'est, pour ainsi dire, le point de contact et l'espèce de lien qui les unit.

M. de Biran admet d'abord, comme fait incontestable, que les modes affectifs de la sensibilité et les images qui leur correspondent, quoique *étrangers à la conscience du moi*, prennent quelquefois spontanément un tel degré de force que le *moi* se trouve atteint, et est même à la fin entièrement *absorbé* par eux. D'un autre côté, il reconnaît également que l'activité libre de la volonté peut, dans quelques cas et par l'énergie qui lui est propre, réprimer, arrêter les affections sensitives, et dissiper cette foule d'images plus ou moins tumultueuses que ces affections font naître.

Il résulterait de là que le physique et le moral agissent réciproquement l'un sur l'autre ; et nous verrons tout-à-l'heure que, dans la doctrine de M. de Biran, le physique *n'agit réellement point* sur le moral. Il y a là, ce me semble, une sorte d'inconséquence. D'un autre côté, M. de Biran établissant en principe que les modes purement affectifs de la sensibilité et les images qui leur correspondent sont *étrangers à la conscience du moi*, on ne voit pas en effet comment le *moi* pourrait en recevoir une véritable influence (1).

---

(1) Comme la lumière agit sur nos yeux, ainsi l'âme agit sur l'organisation. Cette organisation peut être disposée de manière à ne pas recevoir l'action de l'âme ou à la prédominer ; mais il ne s'ensuit pas de là que l'organisation agisse sur l'âme. *Note de Maine de Biran.*

Quoi qu'il en soit de ces remarques, le sens interne de l'*intuition*, ou l'*imagination*, est, suivant M. de Biran, le point de contact de nos deux natures et le lien qui les unit. Voici comment il explique cette partie essentielle de sa doctrine.

Le sens de l'*intuition* se trouve placé, suivant lui, sous l'influence alternative de la sensibilité physique et de l'activité libre du *moi*. La première de ces deux influences est aveugle et spontanée, la seconde est éclairée, prévoyante et libre; celle-ci règle l'*imagination* et la dirige; celle-là se borue à l'exciter, et quand elle est seule, l'excite sans mesure et sans règle.

De là résulte ce que je disais il n'y a qu'un instant, savoir, que le moral seul agit sur le physique, et que le physique n'agit point sur le moral. Lorsque l'*imagination* est uniquement sous l'empire de la sensibilité physique, le *moi* est suspendu, absorbé, absent; par conséquent la sensibilité ne peut pas agir sur lui; elle règne seule. Lorsqu'au contraire l'*imagination* demeure sous l'empire de l'intelligence, et tant qu'elle y demeure, elle en reçoit une influence, à la vérité médiocre et indirecte, mais réelle, et qui se marque par des effets qui ne le sont pas moins.

Toutefois M. de Biran ne peut pas s'empêcher de reconnaître que la sensibilité animale, vivement excitée par les impressions du dedans ou du dehors, arrive quelquefois à un tel degré d'exaltation, que le *moi* finit par en être *absorbé*. C'est là, suivant lui, la seule action que le physique exerce sur le moral; c'est-à-dire qu'il n'agit sur ce dernier que pour l'éteindre en quelque sorte momentanément. Mais le *moi* s'éteint-il ainsi sans s'en apercevoir? Est-il suspendu ou *absorbé* subitement, et sans passer auparavant par des degrés successifs d'obscurcissement et de faiblesse? Et s'il passe par ces degrés, n'en a-t-il pas la *conscience*? Et s'il peut y passer, ne peut-il pas aussi quelquefois s'y arrêter, sans aller jusqu'à une suspension complète? En un mot, la sensibilité physique plus ou moins exaltée ne peut-elle pas troubler les fonctions perceptives sans les faire cesser, et affaiblir la liberté sans la détruire? Mais alors il y aurait une



véritable action du physique sur le moral, de la sensibilité sur le *moi*, des images formées par le sens de l'*intuition* sur les facultés perceptives; et M. de Biran n'admet point cette action. Ou le *moi* est présent, et alors l'imagination lui est soumise, ou il est *absent*, et l'imagination règne seule; il ne reconnaît point de milieu entre ces deux états.

A quoi donc tendent ses recherches sur les rapports du physique et du moral, et sur le rôle que joue le sens de l'*intuition*, considéré par lui comme le lien des deux natures?

Elles tendent, 1° à expliquer comment les modes affectifs de la sensibilité et les images qui y correspondent arrivent dans certain cas au point de suspendre ou d'absorber le *moi*; 2° à expliquer également comment le *moi* ou l'activité libre de l'intelligence agit sur l'imagination, et par elle sur le reste de l'organisme. Je ne ferai ici que rappeler brièvement ses idées.

1° Le *moi* peut être absorbé ou suspendu, 1° dans le sommeil et les songes; 2° dans les diverses sortes de délire; 3° enfin dans les passions portées à un certain degré. Ces trois états pourraient être désignés par le titre général d'*aliénation*, puisque dans tous le *moi* est réellement *aliéné*, c'est-à-dire étranger à lui-même, hors de lui-même. C'est là leur caractère commun.

Cet état d'*aliénation* ou de suspension du *moi*, qu'il se produise sous la forme de *sommeil*, ou sous celle de *délire*, ou enfin sous celle de *passion*, présente encore dans ces trois cas des analogies frappantes, tant sous le rapport de ses causes que sous le rapport des sièges organiques qui y sont affectés.

Dans tous, en effet, c'est le sens interne de l'*intuition*, ou l'*imagination*, qui reçoit un degré d'excitation capable de suspendre le *moi*, et dans tous aussi, cette excitation est produite de deux manières semblables: ou le centre cérébral, siège immédiat de l'*intuition interne*, est primitivement et directement excité, ou l'excitation a d'abord lieu dans quelque foyer ou centre partiel de la vie interne, et de là est transmise sympathiquement au cerveau.

Lorsque le centre cérébral est primitivement et directement affecté, il se produit des images variées à l'infini, et se succédant quelquefois avec une mobilité extraordinaire ; mais la sensibilité affective n'en est point atteinte et paraît n'y prendre aucune part.

Lorsqu'au contraire l'excitation part de quelque organe ou foyer organique interne, la sensibilité est plus ou moins vivement excitée dans ce foyer, et communique à l'excitation consécutive du cerveau et aux images qui en résultent un caractère analogue au mode particulier d'action de ce même foyer.

En effet, il est certain, d'une part, que la prédominance naturelle ou la lésion accidentelle d'un ou de plusieurs organes entraîne toujours avec elle des goûts, des penchants, des affections déterminées ; et de l'autre part, qu'à ces affections, goûts ou penchants correspondent constamment des idées ou images qui en ont, pour ainsi dire, la teinte ou la couleur, d'où il résulte évidemment ces deux choses, 1° que suivant la manière dont les organes et les appareils d'organes sont affectés, soit physiologiquement, soit pathologiquement, certaines images ou idées se produisent ou se renouvellent dans le sens de l'intuition ; 2° que, dans ce cas, ces images ou idées sont toujours accompagnées d'une disposition affective particulière, qui leur communique jusqu'à un certain point son caractère. On pourrait peut-être conclure de là qu'en observant avec soin la correspondance qui existe entre certaines séries d'idées ou d'images et certaines affections de tel ou tel organe, on pourrait parvenir à connaître les secondes par les premières, connaissance qui serait extrêmement utile dans le traitement de l'aliénation.

On voit que M. de Biran admet, et avec raison, comme vérité de fait, que certaines images ou idées sont constamment liées à certaines dispositions organiques, soit naturelles, soit malades, de telle sorte que, ces dispositions étant données, les images qui leur correspondent doivent toujours avoir lieu

(à moins toutefois que l'activité libre du *moi* ne vienne s'y opposer). Il semblerait d'après cela que la réciprocité doit également avoir lieu, c'est-à-dire que certaines images étant produites spontanément ou par suite d'une excitation extérieure dans le sens de l'*intuition*, les dispositions organiques auxquelles ces images sont liées doivent aussi se développer et se renouveler. M. de Biran ne dit rien là-dessus. Il paraît même supposer le contraire, en donnant comme caractère des images produites par l'excitation directe et primitive du centre cérébral, que ces images, variées, mobiles, rapides, *n'atteignent point la sensibilité affective*. Il me semble que cela n'est point exact. Il est indubitable que lorsque certaines séries d'idées ou d'images occupent presque exclusivement le centre cérébral, il en résulte presque toujours à la longue le développement des dispositions affectives qui leur correspondent, et souvent par suite une altération quelconque des organes qui sont en rapport avec ces dispositions.

Au surplus, cet aperçu de M. de Biran sur les causes de l'aliénation, soit passagère, soit permanente, n'est autre chose que la doctrine pathologique admise à peu près par tous les auteurs, doctrine qui consiste à regarder l'aliénation tantôt comme primitive ou idiopathique, c'est-à-dire comme ayant son siège immédiat dans le cerveau, tantôt comme sympathique, c'est-à-dire ayant son premier point de départ dans quelque organe ou appareil d'organe qui exerce consécutivement son action sur le cerveau.

Quoi qu'il en soit, il est évident qu'il n'y a dans tout ceci, comme le remarque très bien M. de Biran lui-même, et comme je l'ai remarqué plus haut, aucune influence réelle du *physique* sur le *moral*, mais seulement du *physique* sur le *physique* (1),

---

(1) Ceci répond à l'objection faite plus haut. L'influence des sens de l'intuition sur les affections organiques est une action du *physique* sur le *physique*; l'automatisme intellectuel de Leibnitz n'est aussi que du *physique*. *Note de Maine de Biran.*

ou d'un système d'organes sur un autre; d'où il résulte bien clairement que, dans la pensée de M. Biran, le *physique n'agit réellement point sur le moral*. Voyons maintenant si le moral agit sur le physique et comment il agit.

2° Si, d'un côté, l'*intuition* ou l'imagination est soumise à la sensibilité, de l'autre elle est également subordonnée à la libre activité du *moi*, qui peut à son tour l'exciter, la mettre en action, désigner et régler son exercice. Cette influence du *moi* sur l'imagination ne s'exerce pas directement et immédiatement, mais seulement à l'aide des *signes volontaires* qui sont continuellement à sa disposition, et dont l'emploi fait constamment renaître les images ou idées qui leur sont liées.

Ainsi le *moi* peut, à son gré, reproduire dans le sens de l'*intuition* les images ou séries d'images qui conviennent à ses desseins, et par là obscurcir, affaiblir ou même faire disparaître entièrement celles qui y naissent spontanément en vertu des impressions de la sensibilité extérieure. Il résulte également de cette faculté, qu'en reproduisant certaines images, la volonté reproduit en même temps les affections sensibles qui leur sont associées, et enfin que, par la reproduction des affections, elle étend son action jusque sur les organes qui en sont le siège, modifie plus ou moins ces organes, et exerce ainsi une influence très réelle et quelquefois très puissante sur l'économie animale.

M. de Biran donne à ces propositions des développements très lumineux, et cite à l'appui des exemples fort intéressants. Je ne m'y arrêterai point; il suffit de les avoir indiqués.

Je ferai cependant une observation sur ce qui précède; c'est qu'il me semble que ce n'est pas seulement à l'aide des *signes volontaires* que le *moi* reproduit certaines images, mais que c'est encore en agissant immédiatement sur la *mémoire*, qui lui est soumise (1).

---

(1) La question est de savoir s'il y aurait mémoire ou rappel volontaire des idées ou images sans les signes dont la volonté dispose, s'il y aurait même formation d'idées sans les signes. *Note de Maine de Biran.*

Je remarquerai aussi qu'il établit ici de la manière la plus positive l'influence des images sur les dispositions affectives qui leur correspondent, influence qu'il m'avait paru négliger précédemment (1).

De toute cette doctrine sur l'influence réciproque du physique sur le moral et du moral sur le physique, résultent les trois conséquences suivantes :

1° Que les affections sensibles communiquant à nos idées et à nos déterminations un caractère particulier et une tournure spéciale, suivant leur nature et leur intensité, il serait possible, à l'aide d'un régime physique bien dirigé, de changer, jusqu'à un certain point, ce caractère et cette tournure, en modifiant plus ou moins profondément les organes qui sont le siège de nos dispositions sensibles ;

2° Que, réciproquement, on pourrait, à l'aide d'un régime bien entendu des facultés de l'esprit, régler plus ou moins avantageusement nos dispositions sensibles, et par ce moyen influer utilement sur l'état même de nos organes ;

3° Enfin que la situation la meilleure et la plus heureuse où l'homme puisse arriver, est celle d'une harmonie parfaitement régulière entre les fonctions intellectuelles et les fonctions organiques, de telle sorte que les unes et les autres s'exécutent constamment dans une juste mesure, et, au lieu de se troubler, s'entraident réciproquement.

---

(1) Il faut bien remarquer que je ne nie pas que l'influence des images s'exerce secondairement sur les dispositions organiques ; mais je crois pouvoir nier la priorité de cette influence. Par exemple, les images voluptueuses n'auraient aucune persistance si l'organisme n'était disposé, etc. *Note de Maine de Biran.*

---

---

## Anatomie et Physiologie.

---

### RECHERCHES ANATOMIQUES

SUR

### LES NERFS PNEUMO - GASTRIQUE ET SPINAL,

PAR JAMES SPENCE,

Chirurgien, membre des Sociétés médico-chirurgicale et anatomique d'Édimbourg,  
et démonstrateur d'anatomie à l'Université de la même ville (1).

---

La paire vague, ou branche pneumo-gastrique de la huitième paire, a présenté jusqu'ici une sorte d'anomalie dans l'histoire des fonctions du système nerveux. En effet, d'une part, ce nerf possède deux véritables ganglions dans sa partie supérieure; d'un autre côté, des expériences nombreuses prouvent qu'il fournit des branches motrices aussi bien que des divisions sensitives. Arnold, Scarpa et Bischoff ont essayé d'expliquer ce fait en supposant que les filets moteurs du nerf vague lui viennent du nerf spinal ou accessoire, et que ces filets se trouvaient à l'égard du pneumo-gastrique dans le même rapport que les racines antérieures des nerfs spinaux à l'égard des postérieures. Bischoff fit une expérience qui le confirma davantage encore dans cette opinion : ayant coupé le nerf accessoire dans l'inté-

---

(1) Ce mémoire est emprunté à l'*Edinburgh medical and surgical journal*. Nous nous conformons à l'engagement que nous avons pris de donner la traduction des mémoires publiés dans les recueils étrangers qui nous sembleraient plus particulièrement dignes d'être connus de nos lecteurs.

rieur du crâne sur une chèvre, il observa que la voix s'affaiblissait par degrés à mesure que les racines de ce nerf étaient divisées, et qu'elle s'éteignait lorsque le nerf eut été complètement coupé. Il conclut de cette expérience que les mouvements du larynx étaient dus aux filets fournis par le nerf spinal. Cette conclusion ne nous paraît pas inattaquable, lorsque l'on considère combien d'autres causes ont pu prendre part à la production de ces effets, telles que la perte du sang et les souffrances prolongées que l'animal a endurées pendant les manœuvres qui ont précédé l'opération principale.

En 1837, le docteur J. Reid publia, dans le *Journal médico-chirurgical* d'Édimbourg, une dissertation très savante sur les fonctions des diverses branches de la huitième paire. Ses conclusions étaient appuyées sur des expériences nombreuses et bien faites. Les résultats de ces investigations, en ce qui concerne les branches du pneumo-gastrique dont nous allons exposer la disposition anatomique, sont en résumé les suivants :

1° Les branches pharyngiennes du pneumo-gastrique sont uniquement motrices.

2° Le nerf laryngé supérieur est un nerf de sentiment, et il ne donne le mouvement à aucun des muscles du larynx, excepté le crico-thyroïdien.

3° Le nerf récurrent ou laryngé inférieur est un nerf exclusivement moteur ; il anime tous les muscles du larynx, excepté le crico-thyroïdien.

Le docteur Reid, après avoir constaté les fonctions de ces trois ordres de branches du nerf vague, se mit en devoir de chercher le rapport qui pouvait exister entre les fonctions du nerf spinal et celles des branches que nous venons de nommer. Voici comment ses expériences furent faites : après avoir tué un animal, M. Reid ouvre rapidement le crâne et irrite l'origine des nerfs. En agissant ainsi sur le nerf spinal, il n'observa aucun mouvement dans le larynx, tandis que le trapèze et le sterno-mastoïdien, et le plus souvent aussi les muscles du pharynx, se

contractèrent vivement ; mais en irritant l'origine du pneumo-gastrique, il produisit des contractions marquées des muscles du larynx. Le docteur Reid fut conduit par les expériences à penser que le nerf vague contient des filets moteurs autres que ceux qui lui viennent du spinal.

En 1841, M. Longet publia un mémoire sur le même sujet. Plusieurs des résultats qu'il a obtenus s'accordent avec ceux du docteur Reid, excepté néanmoins en ce qui a trait au rapport du nerf spinal avec les branches motrices du pneumo-gastrique. En effet, M. Longet observa des mouvements dans les muscles du larynx après avoir irrité le nerf accessoire dans l'intérieur du crâne, tandis que le contraire avait lieu lorsqu'il soumettait l'origine du pneumo-gastrique à la même irritation : aussi penche-t-il vers l'opinion d'Arnold, Scarpa et Bischoff, qui veulent que les branches motrices du pneumo-gastrique proviennent de la connexion de ce nerf avec le spinal. Je crois néanmoins pouvoir démontrer par l'anatomie de ces nerfs que les résultats des expériences du docteur Reid et de M. Longet ont pu se présenter sans s'exclure mutuellement, et qu'ils ne sont pas aussi contradictoires qu'ils le paraissent au premier abord.

Au commencement de l'hiver dernier, sir Ch. Bell, d'illustre mémoire, occupé à faire une dissertation sur les fonctions du nerf vague, publiée depuis, me chargea d'étudier les ganglions de ce nerf ; c'est alors que mon attention fut dirigée sur l'anatomie du pneumo-gastrique et du spinal. Sir Ch. Bell pensait que ce qu'on appelle généralement le second ganglion ou ganglion inférieur du pneumo-gastrique pourrait bien n'être qu'une intrication plexiforme de ses fibres avec celles de l'accessoire qui s'y joint immédiatement au-dessus de ce point, et qu'on pourrait ainsi s'expliquer comment le nerf vague fournit à la fois des branches motrices et des branches sensibles dans le reste de son trajet. En disséquant le pneumo-gastrique sur un sujet frais, un fait frappa mon attention : le tronc du nerf me parut composé de deux portions distinctes, l'une blanche et



ressemblant à un cordon (*cordlike*), l'autre plus volumineuse et offrant une coloration grisâtre. Cette différence était surtout sensible au niveau du ganglion inférieur, et, en enlevant le névrilème, on pouvait suivre la portion blanche et filiforme au-delà de ce ganglion, un peu au-dessus duquel elle paraissait être formée par la racine interne du nerf spinal et par un petit filet blanc, mince et aplati, que je suivis jusqu'au-delà du ganglion supérieur du pneumo-gastrique; mais comme la moelle allongée avait été enlevée, il me fut impossible de découvrir sa véritable origine. Néanmoins je montrai ma préparation à sir Ch. Bell, aux docteurs Alison, Allen, Thomson et à M. Mackenzie.

Il se passa quelque temps avant que je pusse me procurer un sujet convenable pour continuer mes recherches, la plupart des sujets ayant été ouverts et le cerveau enlevé avec la moelle allongée: néanmoins je recommençai mes dissections sur deux autres sujets, je les poursuivis aussi loin que possible, et j'eus les mêmes résultats. Enfin, ayant pu me procurer un sujet dont le cerveau et la moelle allongée étaient intacts, je commençai par suivre de bas en haut le filet blanc que j'ai déjà dit se joindre à la racine interne du nerf spinal. En procédant avec précaution, je parvins à suivre son trajet au-delà du ganglion supérieur du nerf pneumo-gastrique, et je constatai qu'il naissait avec les autres filets d'origine de ce nerf dans le sillon qui sépare les olives des corps restiformes; j'observai en outre en ce point des filets que je considérai alors comme faisant partie du nerf vague, et qui se dirigeaient en arrière pour rejoindre le nerf accessoire dans le crâne. Ensuite je poursuivis le filet dont je viens de parler, de haut en bas, et je trouvai que, immédiatement au-dessous du ganglion inférieur du pneumo-gastrique, il était rejoint par la racine interne du spinal, et que la réunion de ces deux branches formait un cordon nerveux, blanc et ferme, qui, après avoir fourni les branches pharyngiennes du nerf vague, pouvait être suivi sur le nerf au-dessous du ganglion inférieur, et qui continuait à descendre parallèlement avec la portion grisâtre et

contenue dans le même névrilème ; mais malheureusement je fus de nouveau empêché d'arriver à aucune conclusion relativement à la connexion de cette fonction du nerf avec le récurrent, parce que le pneumo-gastrique avait été divisé au-dessus du point où cette branche s'en sépare.

Pendant que je poursuivais cette étude anatomique, j'eus connaissance pour la première fois des travaux de Bendz en lisant une note du Mémoire du docteur Reid sur le pneumo-gastrique. L'auteur de cette note conclut de ses dissections que, chez l'homme et les animaux, le *nervus pharyngeus* de la *paire vague* se compose en grande partie des filaments de l'accessoire, et que les nerfs laryngés supérieur et inférieur, ainsi que le plexus œsophagien, reçoivent aussi quelques filets du même accessoire. Il a vu aussi chez l'homme le nerf spinal fournir quelques petites divisions au deuxième ganglion du pneumo-gastrique. Il ajoute que toutes les fibres du nerf vague ne traversent pas le deuxième ganglion. Il a même vu chez le lapin quelques unes des fibres du même nerf franchir le premier ganglion sans entrer dans sa formation. D'après cette note, il me sembla que les dissections de Bendz étaient précisément les mêmes que j'avais faites. Alors j'écrivis au docteur Reid pour avoir des renseignements plus complets, ne pouvant me procurer le travail original de Bendz. Le docteur Reid me répondit : « Je ne crois pas avoir » précisément écrit dans mon Mémoire que Bendz avait pour- » suivi une partie des fibres du nerf vague au-delà du ganglion » supérieur chez le lapin ; car en lisant l'original, je vois clairement que l'auteur a voulu parler du ganglion inférieur. » Ainsi, dans le cas où vous auriez réellement suivi les fibres » au-dessus du ganglion supérieur, votre dissection diffère de » celle de Bendz. »

Afin qu'il n'y ait pas d'ambiguïté sur le dernier point, je vais citer le passage de l'original, que j'ai actuellement sous les yeux. Bendz décrit les nerfs du lapin : « In quinque circiter linearum » distantia a ganglio radice nervi vagi, fibræ hujus nervi in

« *gangliolum* ovale 1 1/2 longum et 3/4''' crassum, colore  
 « griseo-rubicundo intumescit. Nonnullæ fibræ a vago venientes  
 « formationis hujus *ganglioli participes non sunt*, sed imme-  
 « diate in nervum laryngeum superiorem transeunt, qui majore  
 « ex parte hisce formatur. »

Avant de continuer l'exposition de mes propres travaux, je vais rappeler aussi les résultats des investigations de M. Bendz, afin qu'on ne puisse m'accuser de m'attribuer ce qui avait été déjà décrit avant moi. Bendz, dans sa description du nerf spinal ou accessoire, dit avoir vu deux séries de racines : une série qui, d'après les descriptions ordinaires, naît de la moelle épinière et de la partie inférieure de la moelle allongée ; l'autre série naît, suivant lui, tout près des filets inférieurs d'origine du nerf vague, se joint dans le crâne à la première série de fibres nerveuses dont nous avons parlé, et forme ensuite la racine interne du nerf accessoire. Ces fibres paraissent être celles que j'ai dit passer du nerf vague aux racines du nerf spinal dans l'intérieur du crâne, qui s'unit au pneumo-gastrique un peu au-dessus de son ganglion supérieur. Il dit que cette racine interne, après avoir envoyé quelques filets au deuxième ganglion du nerf vague, peut être suivie et distinguée de l'autre partie du tronc nerveux, dans toute la longueur du cou jusqu'à son entrée dans la poitrine, où ces filets paraissent se perdre dans le nerf récurrent et dans les plexus œsophagien et cardiaque. En parlant des fibres du nerf spinal qui naissent tout près de celles du pneumo-gastrique, il dit : « *Proxime posteriorem radicis nervi vagi marginem radicula nervi accessorii Willesii incipient, quæ ad formam et tractum a fibris radicis nervi vagi valde differunt.* » J'ai pu dans toutes mes dissections vérifier les faits avancés par Bendz, excepté la différence qu'il signale dans l'apparence et la direction entre les fibres ou racines supérieures du nerf accessoire et celles du nerf vague. Dans la figure qui accompagne sa Thèse cette différence est très marquée ; mais sur mes pièces elles m'ont toujours paru, à moi-même et aux per-

sonnes auxquelles je les ai montrées, tellement semblables aux racines du nerf vague, quant à leur situation et à leur apparence physique, que cela m'a engagé à les décrire comme appartenant réellement à ce nerf (le nerf vague), et allant se joindre au nerf spinal avant sa sortie du crâne. Cette disposition est fidèlement représentée sur la planche que j'ai fait exécuter. Maintenant que j'ai fait connaître les points principaux découverts par Bendz, je vais décrire rapidement le nerf pneumo-gastrique et le spinal au point de vue de la question en litige. Cette description a été faite d'après mes préparations, et en particulier sur celle qui a servi à faire la planche mentionnée plus haut, et qui est conservée dans le Musée d'anatomie de l'Université d'Édimbourg.

Le crâne et la colonne vertébrale ayant été divisés et les racines postérieures des nerfs spinaux coupées près de leur ganglion et renversées, on peut facilement apercevoir l'origine multiple du spinal, commençant ordinairement près de la racine du cinquième nerf cervical, et formant graduellement un cordon aplati qui monte dans le crâne à travers le grand trou occipital. Ce nerf reçoit alors quelques fibres qui naissent de la moelle allongée; ensuite, dans une certaine longueur, il ne naît plus de filets, mais un peu plus haut, et tout près des petites racines qui vont former le nerf vague, je dirai même de ces racines, il en part deux ou trois qui vont se joindre au nerf spinal à angle aigu, à l'endroit même où ce nerf sort du crâne.

Presque aussitôt sa sortie du crâne le spinal se divise en deux portions, l'une externe, et l'autre interne. L'externe, après s'être anastomosé avec les nerfs spinaux et le grand sympathique, traverse le muscle sterno-mastoïdien, auquel elle abandonne des rameaux, puis elle se termine dans le trapèze. La racine interne du nerf accessoire, qui paraît avoir été principalement formée par les filets qui naissent à côté de l'origine du nerf vague, se joint à ce nerf un peu au-dessous de son ganglion supérieur. En enlevant avec soin le névrilème du nerf vague au point où cette

jonction a lieu, on aperçoit un filet blanc, mince et aplati, qui se rend à la racine interne du nerf accessoire. Dans toutes mes dissections j'ai pu suivre ce filet au-dessus du ganglion supérieur du pneumo-gastrique jusqu'au sillon qui sépare l'olive du corps restiforme. Si maintenant je poursuis le même filet de haut en bas jusqu'au point où la racine interne du spinal vient s'y joindre, je vois ces deux filets se confondre en formant un cordon nerveux blanc, et c'est du point de leur jonction que se sépare la branche pharyngienne du pneumo-gastrique. Le cordon blanc ainsi formé peut être suivi inférieurement jusqu'au-dessus du ganglion inférieur du nerf vague, auquel il envoie une ou deux divisions très fines. ( Ces ramuscules paraissent se diriger vers le nerf laryngé supérieur, qui est formé à ce niveau par le nerf pneumo-gastrique; mais je n'ai jamais pu m'assurer positivement s'ils en faisaient partie. ) Ensuite il continue à descendre parallèlement à la portion grisâtre ou ganglionnaire du nerf vague renfermée dans la même gaine, jusqu'à la partie inférieure du cou, où, après avoir reçu des fibres de la partie ganglionnaire, il paraît se consacrer principalement à la formation du nerf récurrent; quelques filets néanmoins accompagnent encore le tronc du pneumo-gastrique dans la poitrine, mais je n'ai pas encore pu les suivre jusqu'à leur terminaison. Ce cordon blanc me paraît mériter le nom de ( colonne ou ) portion motrice du nerf vague, puisque c'est de lui que proviennent les branches motrices de ce nerf; en effet, d'une part, nous avons démontré ce fait pour les branches pharyngiennes et le nerf laryngé inférieur, et, d'autre part, il est à présumer qu'il en est de même des filets œsophagiens. Les dissections de M. Bendz, déjà cité, me paraissent corroborer cette opinion; car cet auteur affirme avoir suivi les fibres de la branche intime du spinal dans le tronc du nerf vague et jusque dans le plexus œsophagien.

Je crois qu'on peut conclure de ces détails anatomiques, qu'à l'instar de la troisième branche de la cinquième paire, le nerf vague se compose à la fois de filets moteurs et de filets sensitifs;

que sa portion motrice est formée en partie par des fibres propres et non ganglionnaires, et en partie des filets qui lui viennent de la racine (division) interne du nerf spinal. Cette disposition anatomique du pneumo-gastrique rendrait parfaitement compte de tous les phénomènes observés dans les expériences relatées au commencement de ce Mémoire; et elle justifie mon assertion au sujet du docteur Reid et de M. Longet, c'est-à-dire que les effets produits par l'irritation du nerf vague et de l'accessoire à leur origine ne sont pas aussi contradictoires qu'ils le paraissent au premier abord. En effet, les phénomènes observés et qui forment la partie positive des expériences de chacun de ces auteurs (par exemple, les mouvements provoqués dans les muscles du larynx par l'irritation du pneumo-gastrique dans les expériences du docteur Reid, et des mouvements semblables déterminés par l'irritation du nerf accessoire dans celles de M. Longet) sont complètement en rapport avec les données anatomiques. D'un autre côté, la seule absence de ces phénomènes, ou ce qu'on peut appeler la partie négative de ces expériences précitées, pouvait dépendre et dépendait sans aucun doute de circonstances étrangères et accidentelles, comme l'épuisement de la contractilité et de l'irritabilité musculaires, épuisement dû au temps employé par les opérations qui ont nécessairement précédé l'expérience proprement dite. Le docteur Reid en particulier paraît avoir reconnu cette source d'erreurs; car, en parlant de l'absence de contractions des muscles du larynx, après qu'il avait irrité les racines du nerf spinal, il dit : *Nous ne considérons pas ces expériences comme étant de nature à prouver que ce ne sont pas des filets moteurs.*

---

---

## Pathologie. Maladies mentales.

---

DES

## FAUSSES MEMBRANES DE L'ARACHNOÏDE

ET PRINCIPALEMENT

DE LEUR MODE DE FORMATION CHEZ LES ALIÉNÉS,

PAR

**M. le docteur AUBANEL,**

Médecin de l'asile des aliénés de Marseille, ancien interne des hôpitaux de Paris.

---

Tous les auteurs qui se sont occupés de l'anatomie pathologique de l'encéphale ont signalé, parmi les altérations aussi nombreuses que variées qu'ils ont rencontrées, l'existence de fausses membranes dans la grande cavité de l'arachnoïde. Les uns, les rattachant aux apoplexies méningées, les font dépendre de l'organisation de quelque partie constitutive du sang, préalablement exhalé par la séreuse cérébrale; les autres, les regardant comme un signe d'irritation, pensent que leur développement tient à une matière plastique que sécrète la séreuse enflammée, et qui s'organise successivement en production membraniforme. Ces deux opinions, les seules qui soient raisonnablement admissibles pour expliquer l'origine de ces fausses membranes, sont basées sur des faits incontestables; mais de ces deux modes d'agir, quel est celui dont la physiologie pathologique se sert le plus souvent pour procéder à la formation de ces produits membraneux? Question délicate et difficile à résoudre, soit parce que les faits recueillis jusqu'à ce jour ne

sont pas en assez grand nombre pour faire autorité, soit parce que, dans la plupart des cas, il n'est pas possible, à l'aspect seul de la fausse membrane, de déterminer sa nature intime et de remonter au mode de création qui peut avoir présidé à son développement.

Des circonstances heureuses m'ayant fourni l'occasion d'observer plusieurs cas de fausses membranes arachnoïdiennes, je crois devoir les soumettre à la publicité, pour fournir ma part de matériaux à la solution de cette importante question. Je ne sais si les faits que j'ai à faire connaître pourront élucider complètement ce point d'anatomie pathologique; ce dont je suis certain, c'est qu'ils paraîtront dignes d'intérêt: car ce sont des cas de fausses membranes où il nous a été permis, pour ainsi dire, d'assister à l'origine de leur formation et d'apprécier d'une manière non douteuse la nature des éléments qui avaient concouru à leur organisation. C'est sous ce point de vue seulement que nous allons les présenter, et non sous le rapport des diverses autres particularités de leur histoire, qui ne nous ont paru offrir rien de spécial, rien qui n'ait été déjà signalé dans des publications antérieures.

Un fait digne de remarque, que nous invoquerons plus tard à l'appui de notre manière de voir, c'est que les fausses membranes arachnoïdiennes ont été observées, dans l'immense majorité des cas, chez des aliénés, et particulièrement chez ceux qui sont dans un état de démence et de paralysie générale. Or, chez ces aliénés, il existe presque constamment, dès le début de leur maladie, une disposition singulière aux congestions cérébrales: ce sont elles qui marquent dans bien des cas le premier développement de la paralysie, ce sont elles qui hâtent les progrès de cette affection mentale, et c'est presque toujours de leur fréquence, de leur répétition et de leur intensité que naissent des accidents promptement mortels. Cela étant, on comprend que ces *raptus* ne se bornent pas toujours à une simple ampliation des vaisseaux encéphaliques, et que par suite de



cette plénitude vasculaire, il peut arriver que du sang soit exhalé dans la cavité de l'arachnoïde, soit en petite quantité et sous forme pour ainsi dire d'une exsudation sanguine, qui tapissera en couche extrêmement ténue un des feuillets de la séreuse, soit en plus grande abondance, et formant dans ces cas de vastes épanchements méningiens. Ces conséquences sont probables et naturelles en théorie; nous les verrons bientôt confirmées par l'observation la plus scrupuleuse des résultats nécroscopiques.

S'il est vrai, comme le pensent tous les médecins voués au traitement de l'aliénation mentale, que les congestions cérébrales soient très communes chez les aliénés paralytiques, et que ces raptus, fréquemment répétés, aillent jusqu'à l'exhalation du sang dans la cavité de la séreuse, il me semble rationnel *à priori* de regarder ce liquide comme exerçant un certain rôle dans le développement des productions membraneuses que l'on rencontre dans le cerveau de ces aliénés. Cependant cette concordance, chez ces malades, de la fréquence des congestions cérébrales et de l'existence de fausses membranes dans l'arachnoïde, ne suffirait point à elle seule pour établir une relation de cause à effet, si nous n'avions point d'autres preuves pour étayer notre manière de voir; car ce sang répandu dans la cavité arachnoïdienne, au lieu de s'organiser lui-même, ne pourrait-il pas simplement irriter la séreuse, comme l'ont pensé quelques auteurs, et celle-ci fournir à son tour, par suite de son irritation, une matière plastique qui s'organiserait aux enveloppes de nouvelle formation? On ne manquerait point de nous faire cette objection, et j'en sentirais toute la portée, si les faits que nous avons recueillis n'étaient point de nature, comme nous le verrons bientôt, à nous faire croire que les choses doivent se passer autrement dans l'immense majorité des cas.

Du reste, nous ne serons pas le premier à émettre une telle opinion sur le mode de formation des fausses membranes céré-

brales : plusieurs auteurs ne pensent pas autrement que nous, entre autres mon ami M. Boudet, qui a cherché à faire prévaloir les mêmes idées dans son excellent Mémoire sur les apoplexies méningées, et avant lui, M. Baillarger, qui, dans sa thèse, non moins intéressante, sur le même sujet, a essayé de démontrer que la plupart des fausses membranes que l'on trouve dans l'arachnoïde étaient le résultat, la trace d'anciennes hémorragies des méninges (1). C'est cette manière de voir que je viens soutenir et appuyer de nouveaux faits.

Je crois convenable de faire connaître d'abord les faits que j'ai réunis à ce sujet, et qui sont au nombre de treize, six pris à l'hospice de Bicêtre, sept à l'hospice des aliénés de Marseille, où je les ai observés avec mon collègue et ami M. le docteur Guiaud et MM. Estre et Clapier, mes internes, dont le zèle et le savoir me sont d'un grand secours dans toutes les parties du service médical. Je ne parlerai des premiers qu'accidentellement, parce qu'ils ne nous ont présenté à l'appui de notre opinion rien qu'on ne trouve dans les observations de ce genre publiées par les auteurs. Mais il n'en est point de même des autres; trois d'entre eux surtout vont servir de fondement à mon travail, et nous avons cru devoir les grouper en un seul faisceau, à cause de la grande similitude qu'ils ont présentée et de leurs nombreux points de contact, plus faciles à saisir que si on les étudiait séparément.

---

(1) Ce travail était complètement terminé lors de la publication du mémoire de MM. Rilliet et Barthez, sur les hémorragies de la grande cavité de l'arachnoïde chez les enfants. Je suis très heureux de me trouver d'accord avec ces deux observateurs, et de les voir rejeter l'opinion qui ferait jouer un rôle à l'inflammation dans la production des pseudo-membranes de l'arachnoïde; l'exacte description qu'ils en donnent, les détails dans lesquels ils entrent sont de puissants arguments en faveur de la thèse que je viens de défendre. Mes recherches ne s'appliquant qu'aux aliénés, ont d'ailleurs un intérêt tout spécial et un but tout différent.

**Première Partie.****OBSERVATION PREMIÈRE.**

**SOMMAIRE.** — Tempérament sanguin. — Cause morale, événements politiques. — Perte graduelle de la raison. — Premier accès de manie en 1835. — Affaiblissement musculaire, perte de la mémoire. — Deux autres accès les années suivantes. — Signes de démence paralytique, agitation maniaque. — Congestions cérébrales, coup de sang. — Alternatives de coma. — Mort. — Fausse membrane sanguine à diverses périodes de développement. — Léger épanchement sanguin. — Ecchymoses sous-arachnoïdiennes. — Tissu cérébral à l'état normal.

Jean-Baptiste D... est un homme de cinquante-deux ans qui n'avait jamais donné de signes d'aliénation mentale jusqu'en 1830, époque à laquelle les événements politiques parurent contribuer à la perte de sa raison. En effet, sous l'influence des regrets que lui causa la chute de la branche aînée, il commença par négliger son travail; il se mit à fréquenter les réunions de son village, et se trouva souvent en butte, à cause de son exaltation politique, aux plaisanteries de ceux de ses camarades qui ne partageaient pas ses opinions. Ces sortes de contrariétés aigrirent son caractère et finirent par troubler sa raison. Il ne se livra pas à de grands actes de folie dans le principe; seulement son caractère n'était plus le même, ses habitudes étaient changées: tantôt il travaillait, tantôt il restait dans une espèce d'apathie, ou il allait dans le village rechercher ceux mêmes qui se moquaient de lui. Mais, en 1835, il survint un accès de manie qui dura deux ou trois mois. Revenu à la raison, il reprit ses occupations, se plaignant toutefois de ressentir constamment une grande fatigue, une faiblesse extrême dans les jambes; de plus, sa mémoire paraissait être notablement affaiblie. En 1837, un second accès semblable au premier arriva et dura aussi deux ou trois mois; enfin, en 1841, il en survint un troisième qui fut plus violent et plus long que les autres.

Il entra dans notre hospice le 7 juillet 1841. Nous trouvâmes cet homme dans l'état suivant: homme fort robuste, visage coloré, tempérament sanguin très prononcé; cris, chants et paroles intelligibles; délire général, incohérence excessive dans les idées, agitation, mobilité extrême, point de sommeil; tous les signes, en un mot, d'un accès de manie des plus aigus. Les antécédents du malade et un léger embarras de la langue éloignèrent de nous l'idée d'une manie simple; nous crûmes avoir affaire à un état de

démence paralytique, dont les symptômes principaux étaient marqués dans le moment par l'agitation maniaque à laquelle le malade était en proie. J'ordonne les bains et une application de sangsues derrière les oreilles.

**11 juillet.** Il y avait moins d'agitation depuis plusieurs jours; tout annonçait la cessation prochaine de l'accès, lorsque dans la journée on le trouve accroupi dans un coin, n'ayant pas la force de se soutenir sur ses jambes. Le pouls est plein et résistant, la face rouge et congestionnée; la loquacité est presque nulle; tout son corps est dans l'affaissement, et les traits de sa physionomie expriment une sorte d'hébétéude. Je le fais saigner; et le lendemain aucun mieux n'étant survenu, on le sinapise à plusieurs reprises et on lui donne un lavement purgatif.

**13 juillet.** L'agitation n'est pas revenue; il ne répond que par *oui* et par *non* aux questions qu'on lui adresse; les autres paroles qu'il prononce sont articulées avec trop d'embarras pour qu'on puisse en saisir le sens. La soif est excessive; le pouls est toujours fort et fréquent. (25 sangsues aux tempes.) Le soir, on lui pose des ventouses à la nuque sans qu'il manifeste le moindre signe de souffrance, riant au contraire aux éclats, chantant et commandant l'exercice militaire.

**15 juillet.** Il est tombé dans un coma profond; les membres exécutent quelques mouvements; il n'y a ni paralysie ni convulsion. Le pouls continue à avoir de la fréquence et de la plénitude. (Lavement purgatif, vésicatoires aux cuisses.)

**16 juillet.** Le coma s'est dissipé; il y a du calme sur sa physionomie; il reconnaît ses parents et parle un moment avec eux. Mais quelques instants après il retombe dans le coma. (Sinapismes.)

**17 juillet.** L'affaissement est extrême; la perte de connaissance est complète; il y a de la dyspnée. (Ventouses sur la poitrine.)

**18 juillet.** Assoupissement profond, râle des agonisants, carphologie. Pouls fréquent et dépressible, diarrhée. Mort le 19 dans la matinée.

**Autopsie.** Les os du crâne ont une épaisseur ordinaire. La dure-mère est saine. Le feuillet pariétal de l'arachnoïde, qui le recouvre entièrement, est tapissé, dans une grande étendue de la base du crâne, d'une exsudation sanguine, sous forme d'une membrane extrêmement délicate, d'une coloration d'un rouge clair, et d'une consistance assez grande en certains points pour qu'on puisse l'enlever à l'aide d'une pince et la séparer du feuillet arachnoïdien, qui a conservé toute son intégrité. Cette membranule n'existe que sur le côté gauche du crâne, et elle occupe de ce côté la moitié externe

de la bosse orbitaire, toute la fosse moyenne, et une grande partie de la fosse pariétale. Elle n'offre dans son organisation aucune trace de matière plastique; elle paraît être entièrement de nature sanguine et n'être arrivée encore qu'aux premiers phénomènes de son développement. En effet, elle n'est constituée en quelques points que par des filaments rougeâtres qui s'entre-croisent en divers sens et qui forment en se joignant une sorte de trame d'une grande ténuité. Ailleurs la trame est plus avancée et ressemble déjà à une toile d'araignée; mais elle est toujours fortement colorée en rouge. Plus loin ce sont de petits caillots aplatis qui se convertissent en filaments. Enfin, il est des endroits où l'on trouve de petits espaces assez multipliés qui laissent voir le feuillet de la séreuse à nu, et vers lesquels semblent converger de toutes parts pour les combler les filaments membraniformes dont nous avons parlé. L'organisation tout élémentaire de cette fausse membrane est d'autant plus avancée qu'on l'examine plus près de la base du crâne. Les cavités de la base qui en sont tapissées offrent en outre un petit épanchement de sang liquide de deux ou trois cuillerées environ.

Le feuillet cérébral de l'arachnoïde et la pie-mère ne sont ni épaissis, ni friables, ni changés de couleur; ils ne présentent aucune altération, si ce n'est sur l'hémisphère gauche, où l'on voit plusieurs plaques rouges, des ecchymoses sous-arachnoïdiennes qui résistent à l'action d'un filet d'eau. Du reste, ces membranes, seulement un peu plus humides qu'à l'état normal, se laissent détacher facilement de la surface du cerveau, n'ayant contracté aucune adhérence avec la substance grise. Les circonvolutions ont un volume ordinaire; leur consistance est normale, ainsi que leur coloration. La substance blanche est saine; il n'y a point de sérosité dans les ventricules.

Les poumons sont crépitants, un peu engoués à leur partie postérieure. Le cœur présente un volume énorme dû à une dilatation anévrismatique des cavités droites. Les épiploons sont chargés de graisse.

## OBSERVATION DEUXIÈME.

SOMMAIRE. — Tempérament sanguin — Perte d'argent. — Idées ambitieuses. — Embarras de la langue dès le début. — Plusieurs accès de manie. — Démence paralytique confirmée. — Congestions cérébrales ; convulsions ; alternatives de calme et d'agitation. — Pseudo-membrane sanguine offrant un double feuillet et des degrés variés d'organisation. — Léger épanchement sanguin. — Adhérences légères des membranes. — Injection du cerveau et des méninges.

Alphonse G... âgé de vingt-cinq ans, exerçant la profession de marchand de nouveautés, fut atteint pour la première fois de folie, il y a un an, à la suite d'une perte d'argent dans son commerce. L'agitation fut d'abord très vive, et son délire, à peu près général, était caractérisé plus particulièrement par des idées de richesse et de grandeur ; il se disait grand artiste, musicien célèbre, médecin renommé, directeur de théâtre, propriétaire de terres immenses, etc. En outre, au milieu de son délire, on s'était aperçu d'une légère difficulté dans la prononciation ; mais une application de sangsues sembla avoir dissipé cet embarras de la langue. Plus tard, les idées ambitieuses devinrent moins dominantes ; il y eut du calme, et l'amélioration fut assez grande pour qu'il pût reprendre ses occupations ordinaires. Mais ce fut pour peu de temps ; car bientôt il survint de nouveaux accès d'agitation ; il fut alors saigné à plusieurs reprises ; il prit beaucoup de bains avec des affusions froides sur la tête. Mais tout cela n'ayant amené aucune amélioration, les parents le firent renfermer dans notre asile le 5 mars 1841.

Le jour de son entrée, cet homme, d'un tempérament sanguin très marqué, se met à parcourir tous les recoins de la maison dans l'intention de s'évader ; il est en proie à une mobilité extrême et à une loquacité excessive ; son délire est dominé par des idées ambitieuses de toute nature. La marche est assez facile ; mais la parole est traînante, mal articulée ; elle indique manifestement une paralysie générale commençante. Quelques jours après son entrée, il survint des signes d'une irritation gastrique qui nécessite une application de sangsues sur le creux de l'épigastre.

Après un mois de soins et l'usage de boissons rafraîchissantes et de bains, l'agitation du malade cesse presque entièrement ; ses idées deviennent moins incohérentes ; ses pensées ambitieuses s'éteignent, et sa lucidité est si grande par moments, qu'il se rappelle les diverses circonstances de son délire, et reconnaît l'absurdité des mille projets gigantesques qui l'ont obsédé. Cependant, il reste un embarras dans la prononciation, et un certain mâchonnement des

lèvres qui ne nous permettent point de compter sur l'amélioration survenue.

En effet, quelques mois après, sans qu'il survienne de nouveaux accès d'agitation, nous nous apercevons que la paralysie a fait d'immenses progrès. Les membres inférieurs sont faibles et ne le soutiennent plus comme autrefois; il est survenu une sorte d'apathie qui contraste avec la mobilité des premiers temps; la langue est beaucoup plus embarrassée, la prononciation plus difficile; la mémoire est extrêmement infidèle. (Pilules de jalap et de scammonée.)

*Avril 1841.* Il y a du dévoiement depuis quelques jours; les jambes sont légèrement infiltrées; la figure est pâle et maigre; la paralysie fait sans cesse de nouveaux progrès. Nous le trouvons un jour se plaignant d'un grand malaise, avec chaleur brûlante au front et sur tout le corps, un pouls plein et fréquent. (Ventouses à la nuque, boissons rafraîchissantes.)

Le lendemain, cet état persiste dans toute son intensité, et les jours suivants le pouls devient bondissant, la face vultueuse; céphalalgie très forte; chaleur extrême sur la région frontale. (30 sangsues à l'anus, ventouses à la nuque, mêmes boissons.)

*Septembre 1841.* Les moyens employés avaient amené un léger amendement; mais depuis les premiers jours du mois, l'agitation a reparu; le malade ne veut pas rester couché; il crie et vocifère jour et nuit, se querelle avec tout le monde, et menace de frapper ceux qui l'approchent. Ses yeux sont très mobiles, sa figure animée, et son pouls a repris de la force et de la fréquence. La maigreur est excessive; la mémoire est tellement affaiblie, qu'il ne retrouve presque jamais son lit quand il veut se coucher. Il éprouve parfois des congestions vers le cerveau qui le jettent à terre sans mouvement; mais il reprend ordinairement ses sens après quelques minutes.

*Octobre 1841.* Marasme. Il s'est formé des escarres sur plusieurs parties; l'excrétion des urines et des matières fécales est involontaire. Dans la journée du 7, il survient une congestion cérébrale plus forte que les précédentes; les yeux sont hagards et immobiles, la parole impossible; les traits du visage expriment la torpeur; la figure est pâle, les extrémités froides; les carotides battent avec force; le pouls de la radiale est persistant, petit et irrégulier; le front est brûlant. Il n'y a pas de convulsion ni de paralysie autre que la lésion de la motilité qui caractérise la paralysie générale des aliénés. (20 sangsues aux tempes, compresses froides sur le front, sinapismes). Peu de temps après, tout

le corps reprend sa chaleur naturelle, le poulx revient à son rythme habituel, et le visage perd sa coloration. La perception paraît se faire ; car, quoiqu'il ne puisse point articuler, il répond par des signes aux questions qu'on lui adresse. (Pédiluves.)

8 octobre. La loquacité a reparu, ainsi que les idées ambitieuses qui s'étaient dissipées depuis que la paralysie avait fait tant de progrès. En outre, il y a de la carphologie ; les yeux sont animés et roulent dans les orbites ; les lèvres sont agitées d'un tremblement convulsif ; le poulx est fréquent. (Glace sur la tête.)

Dans la journée, il survient une grande concentration du poulx ; la figure prend une pâleur extrême ; les paupières sont le siège d'un clignotement continu, et les globes oculaires de mouvements convulsifs très intenses ; la parole est nulle ; les yeux sont tournés en haut. (On cesse la glace.) Le lendemain, ces symptômes inquiétants ont disparu ; mais la perte de connaissance étant presque complète, on lui pose des vésicatoires aux cuisses, et l'on recommence l'emploi de la glace.

10 octobre. La voix est éteinte ; la parole, quoique revenue, est très embarrassée ; il parle en chantonnant. Les membres sont agités d'un tremblement convulsif ; il y a du râle trachéal. (Pansement des vésicatoires.)

11 octobre. Les convulsions des membres ont cessé, mais les yeux sont toujours en mouvement ; tout le corps est sans cesse agité ; le malade ne cesse de remuer et de se rouler dans son lit. La langue est toujours très embarrassée ; le pharynx est pris d'un spasme convulsif ; quand on essaie de le faire boire, il y a presque de l'hydrophobie. Le poulx est moins irrégulier ; il bat avec force et fréquence. Vers le soir, l'agitation est à son comble ; le malade pousse des cris et des vociférations effroyables ; ses yeux roulent dans les orbites d'une manière horrible ; tous les muscles de la face sont en convulsion ; les lèvres sont tremblotantes ; les mâchoires exécutent des mouvements de mastication ; il y a des soubresauts des tendons ; le malade porte souvent ses doigts dans la bouche, comme pour arracher quelque chose qui l'embarrasse ; la figure a une pâleur cadavérique ; la voix est voilée ; le râle des agonisants arrive, et la mort a lieu dans la nuit du 12 octobre 1841.

*Autopsie.* Les os du crâne ont une épaisseur ordinaire ; les vaisseaux sanguins de la dure-mère sont fortement injectés ; cette membrane fibreuse incisée, il s'écoule de la cavité arachnoïdienne plusieurs onces de sérosité sanguinolente.

Les deux feuillets de la séreuse sont tapissés dans presque toute son étendue d'une fausse membrane qui nous offre les caractères



suivants : la portion de cette enveloppe de nouvelle formation, qui est appliquée contre le feuillet cérébral de l'arachnoïde, occupe toute la convexité des hémisphères, leur partie antérieure, et va se continuer à la base du crâne avec l'autre portion de la fausse membrane, celle qui, après avoir parcouru le feuillet pariétal de la séreuse, s'étend du côté de la base sur les fosses orbitaires, dans les fosses moyennes et les fosses occipitales inférieures. Le degré d'organisation de cette pseudo-membrane n'est pas le même dans toute l'étendue qu'elle parcourt ; le feuillet pariétal est beaucoup moins avancé dans sa formation que celui qui recouvre le cerveau. Celui-ci, en effet, surtout du côté droit, est sous forme d'une membrane assez bien organisée, résistante, quoique mince et transparente, décolorée, et ne présentant plus que quelques légères traces de sang, si ce n'est sur l'hémisphère gauche, où l'on trouve encore des plaques rouges formant autant de petits îlots qui se réunissent à des portions de membranules minces et fragiles. Le feuillet pariétal, au contraire, n'est autre chose qu'une simple exsudation sanguine qui offre les mêmes caractères que ceux de la fausse membrane décrite dans l'observation précédente. Nous y trouvons aussi des degrés différents d'organisation : assez avancée dans beaucoup de points, elle n'est constituée dans la fosse moyenne du côté droit que par un caillot sanguin, mince et aplati, qui va se transformer en membrane ; et dans les fosses occipitales inférieures, il n'existe point de traces de fausse membrane organisée, mais simplement quelques taches rouges qui recouvrent çà et là la séreuse pariétale, et qui indiquent que le même travail pathologique allait s'opérer en ce point. Enfin, dans cette fosse moyenne du côté droit, il y avait en outre une petite quantité de sang liquide épanché.

Les méninges qui recouvrent immédiatement le cerveau sont infiltrées et œdémateuses. Les vaisseaux de la pie-mère offrent surtout du côté droit une injection très intense ; les capillaires sont très développés. Ces membranes, du reste, se laissent enlever facilement, si ce n'est sur quelques points des lobes antérieurs, où elles ont contracté des adhérences avec la substance grise. Le cerveau a un volume ordinaire ; ses circonvolutions sont bien épanouies ; la consistance de son tissu n'est ni augmentée ni diminuée ; mais la substance corticale offre une teinte rosée très marquée, et la blanche une injection sablée dans toute son étendue. Point de sérosité dans les ventricules. Aucune autre altération à noter. .

## OBSERVATION TROISIÈME.

SOMMAIRE. — Tempérament sanguin. — Démence et paralysie générale. — Agitation maniaque. — Congestions cérébrales. — Fausse membrane sanguine, arrivée à des degrés variés de développement. — Adhérences des méninges.

Pierre G..., âgé de cinquante-cinq ans, d'un tempérament sanguin bien prononcé, entre à l'hospice Saint-Lazare le 20 février 1838. Le médecin, notre prédécesseur, avait caractérisé la maladie de cet homme de la manière suivante : « Monomane obstiné ; sa folie » consiste à pousser nuit et jour d'horribles cris qui ont quelque » chose de sauvage. Ce fut à la suite de vifs chagrins et d'un genre » de vie peu sobre que ce malade s'imagina être poursuivi par le » médecin. Plus tard commencèrent ses hurlements continuels. » Lorsqu'il arriva à l'hôpital, il raisonnait juste sur tous les sujets » de sa connaissance ; il parlait peu, mais avec précision ; jamais il ne » poussait des cris quand on causait avec lui ; il n'a jamais été possible de lui faire dire les motifs des brusques détonations de sa » voix glapissante. »

Le 1<sup>er</sup> juin 1840, lorsque nous fûmes chargé concurremment avec M. le docteur Guiaud du service médical de cet hospice, ce malade ayant été soumis, comme tous les autres aliénés, à un examen très attentif, nous le crûmes tout de suite atteint d'une manière non douteuse de démence paralytique avec complication d'agitation maniaque. En effet, tous les traits de sa physionomie étaient ceux d'un *dément paralytique* : la démarche était chancelante ; la prononciation des mots très difficile ; la mémoire nulle : ainsi, il offrait, en un mot, tous les signes qui caractérisent la démence la mieux confirmée. Mais ce qui masquait en quelque sorte cet état, ce qui aurait pu induire en erreur les personnes peu familiarisées avec ce genre de maladie, c'est que des accès de manie compliquaient presque habituellement cette situation. Pendant la durée de ces agitations maniaques, le malade ne mangeait plus ; il ne cessait de crier nuit et jour ; sa figure était congestionnée ; le poulx développé, la langue sèche, la peau chaude, l'haleine brûlante ; tous signes qui pouvaient faire craindre une complication inflammatoire du côté des membranes du cerveau. Ces agitations duraient quinze jours, un mois, et même plus ; puis le calme revenait, et les symptômes de démence devenaient plus apparents à mesure que l'excitation diminuait ; mais rarement les rémissions étaient complètes, et il lui restait presque toujours trop d'agitation pour qu'il pût vivre

en paix avec ses camarades. Nous devons faire remarquer que ces accès de manie étaient presque chaque fois annoncés par des signes de congestion cérébrale, et quelquefois par un coup de sang qui le jetait à terre sans connaissance, comme frappé par la foudre; puis, à mesure que la congestion encéphalique semblait se dissiper, on voyait recommencer les cris, les vociférations.

Dans le courant de l'année 1841, les accès de manie se répétèrent plus souvent et durèrent plus longtemps. La paralysie générale avait fait de tels progrès, que l'articulation des mots était devenue à peu près impossible, et la faiblesse des membres si grande, que la marche n'était pas permise; de plus, une diarrhée séreuse l'affaiblissait de plus en plus, et ses jambes étaient œdématisées. En juillet de la même année, arrive un dernier coup de sang; le malade tombe dans le coma, et meurt quelques jours après dans un état comme apoplectique, sans avoir repris connaissance, sans convulsion ni paralysie locale, les yeux restant constamment tournés en haut et en dehors.

*Autopsie.* Il s'écoule de la cavité arachnoïdienne plusieurs onces de sérosité sanguinolente, au milieu de laquelle nagent plusieurs caillots de sang. Ensuite nous apercevons sur le feuillet viscéral de la séreuse une fausse membrane très mince qui recouvre la convexité des deux hémisphères sans pénétrer dans leur scissure, et qui s'étend vers la base pour tapisser le feuillet de l'arachnoïde qui passe sur les bosses orbitaires, dans les fosses moyennes et occipitales inférieures, où se terminent les traces de cette enveloppe de nouvelle formation. L'organisation n'est pas la même dans tous les points de son étendue: parfaitement développée sur la convexité des hémisphères, elle a dans cette partie une structure et un aspect identique à une séreuse naturelle, et n'offre aucune trace de la présence du sang. Mais, en arrivant vers la base du crâne et sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, la fausse membrane est moins transparente, plus mince, plus fragile, et elle conserve encore une coloration rougeâtre: ce ne sont même plus, sur quelques points, que des filaments rougeâtres, semblables à ceux que nous avons trouvés dans les autopsies précédentes. Il est des endroits enfin de la base du crâne, surtout du côté droit, où l'on ne trouve que quelques caillots très récents, amincis, et commençant à s'étendre en membranes, mais ne réunissant encore que les premiers caractères qui appartiennent ailleurs à cette pseudo-enveloppe. Dans les endroits où elle est bien organisée, elle adhère à l'arachnoïde d'une manière plus intime que dans les autres points de son étendue. Il n'y a point d'épanchement de sang à l'état liquide. N'oublions pas

de noter que la portion de fausse membrane qui occupe la base offre en quelques points une couleur jaune bistre très marquée.

Les méninges qui recouvrent immédiatement le cerveau ont perdu leur transparence; elles sont devenues opaques, et ont acquis une épaisseur égale à celle de la dure-mère; cette altération n'existe que sur la concavité des hémisphères, et non à la base où elles ont conservé leur état normal. On remarque, le long de la grande scissure, de petites plaques irrégulières, d'une blancheur opaline, et criant sous le scalpel comme si l'on écrasait du cartilage. Le feuillet de l'arachnoïde qui pénètre dans la scissure adhère sur quelques points avec celui du côté opposé: cela se voit surtout dans les parties de la scissure qui correspondent aux lobes antérieurs; et si l'on cherche à détruire ces adhérences, on enlève avec le feuillet des fragments de substance grise. Ces adhérences se rencontrent encore dans beaucoup d'autres endroits, principalement sur la surface supérieure du cerveau, et elles sont plus fortes sur la pointe antérieure des hémisphères, d'où on ne peut enlever les membranes qu'en emportant des pellicules de substance grise.

Le cerveau a une couleur et une consistance ordinaires; ses circonvolutions ne sont ni ramollies ni rapetissées, mais seulement adhérentes aux membranes qui les recouvrent. La substance grise et la substance blanche ont une coloration naturelle; les ventricules ne renferment point de sérosité. Les autres organes n'ont rien présenté d'anormal.

Les résultats nécroscopiques de ces trois observations nous présentent une grande similitude: ce sont de fausses membranes dont les caractères anatomiques prouvent qu'un mode de formation identique a concouru à leur développement. Ce qui en augmente encore l'intérêt, c'est le rapport qui existe entre les symptômes et le genre de la lésion trouvée dans le cerveau. L'analyse à laquelle nous allons nous livrer nous fera voir les nombreux points de contact que ces observations permettent d'établir.

On trouve dans les fausses membranes que nous avons essayé de décrire aussi exactement que possible toutes les phases que ces productions accidentelles semb'ent avoir parcourues dans leur développement, depuis leur première origine jusqu'à cet état d'organisation qui les assimile presque entièrement, par leur

aspect et leur texture, aux membranes sereuses de l'économie. La première observation nous offre une pseudo-membrane très peu avancée dans sa formation; car dans les points où elle est le mieux formée, elle n'est constituée que par une sorte de membrane dont l'aspect et la couleur indiquent encore la nature de son origine, et la grande ténuité, la date toute récente de sa création. La coloration rouge qu'elle présente ne peut tenir qu'au liquide qui lui a donné naissance; elle serait tout-à-fait décolorée, à notre avis, si c'eût été de la matière plastique qui eût présidé à son organisation. On ne peut supposer que sa couleur soit le résultat simplement du contact avec le sang; car cette rougeur ne se dissipe point par le lavage sous un filet d'eau, et elle paraît si bien combinée avec la trame de la fausse membrane, qu'il est plus exact de la considérer comme faisant partie intégrante des éléments de première formation, que de la rattacher à un phénomène d'injection ou d'imbibition. D'ailleurs, dans les points où la membrane n'est pas encore distincte, nous voyons des filaments rougeâtres qui se réunissent entre eux et qui semblent constituer les rudiments de cette production accidentelle, arrivée plus loin à une période plus avancée de son développement. Ces filaments, dont la réunion va former cette sorte de trame, partent tous, comme d'un centre commun, d'une foule de petits caillots sanguins qui ont commencé par s'amincir et s'aplatir; c'est là le point de départ de la lésion pathologique observée, c'est la nature en quelque sorte surprise dans son premier travail d'organisation. Ces caillots sanguins, joints à l'épanchement de sang liquide qui existe à la base du crâne, indiquent suffisamment l'origine de la fausse membrane; les filaments rougeâtres constituent le premier changement qu'ils ont subi; les divers caractères d'organisation que nous avons signalés sont l'expression des transformations successives que le sang doit subir pour arriver à un état de développement plus parfait, à cette texture qui distingue les fausses membranes que nous avons décrites. Celle de la première observation,

quelque encore toute sanguine et d'une origine très récente, nous a présenté plusieurs phases d'évolution; nous verrons dans les autres un état plus avancé, l'absence complète, en certains points, des traces du liquide qui a concouru à leur formation.

La nature des symptômes observés chez ce malade nous donne la raison de la présence du sang dans les membranes du cerveau: ce malade, en effet, fut pris pour la première fois, le 14 juillet, d'une forte congestion cérébrale; on le vit tomber tout-à-coup sans connaissance et dans un état de résolution complète de tous ses membres; après cela surviennent des symptômes d'excitation cérébrale; puis, quatre ou cinq jours après, le coma reparaît, se dissipe de nouveau le même jour, et revient le lendemain une troisième fois pour durer jusqu'à la mort. Ces retours alternatifs de coma et d'excitation sont l'effet, à mon avis, des efforts hémorrhagiques qui s'opéraient dans le cerveau; l'état comateux indique le *raptus* dont les vaisseaux de cet organe sont le siège, et les signes de réaction qui ont suivi tiennent à l'irritation que la présence du sang a déterminée dans l'encéphale. Nous pensons que ces congestions cérébrales auront été assez intenses pour qu'une certaine quantité de sang ait été exhalée dans la cavité de l'arachnoïde; car d'une grande plénitude des vaisseaux à l'exhalation, il n'y a pas loin, et l'on comprend que ce dernier phénomène puisse être la conséquence du premier. Le coma, chez notre malade, a été peu durable, comme l'est de sa nature la congestion sanguine: il aurait duré plus longtemps si, au lieu d'être lié à la distension des vaisseaux de l'encéphale, il avait dépendu uniquement de l'extravasation du sang dans les membranes du cerveau; mais le sang extravasé était en trop petite quantité pour comprimer la masse encéphalique et donner lieu à des troubles fonctionnels durables et permanents. Pourtant nul doute que cette petite quantité de sang, exhalé à plusieurs reprises dans le cerveau, n'ait été le point de départ de la fausse membrane trouvée au milieu de l'arachnoïde. Si cette production accidentelle n'était point encore parfaite-

ment organisée, c'est que la date de l'exhalation du sang était toute récente; et que la nature ne travaillait à sa formation que depuis huit ou neuf jours environ, époque à laquelle remontent les premiers signes de congestion observés chez ce malade. Mais si la mort n'avait pas été aussi rapide, et que l'autopsie eût été faite beaucoup plus tard, il est permis de croire que cette fausse membrane aurait été trouvée mieux formée et plus distincte, semblable à des portions de ces fausses enveloppes que nous avons rencontrées chez les autres sujets.

La fausse membrane que nous a offert le second malade est beaucoup plus avancée dans son organisation que la précédente, et elle occupe en outre une plus grande étendue. Elle a acquis, sur les hémisphères qu'elle tapisse, un degré de développement très marqué; car elle est déjà, sur ce point, résistante, décolorée, et elle ne laisse plus voir que quelques légères traces du liquide où elle a puisé ces premiers éléments de formation. Du côté gauche, cependant, il y a un degré d'évolution moins prononcé; car l'on y trouve encore disséminées par intervalle des plaques rouges qui vont se réunir à des portions de membranules plus minces et plus fragiles que celles du côté opposé. Mais c'est principalement sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde que cette production membraniforme en était à ses premières périodes de création: on y voit, sur ce point, une simple exsudation sanguine qui s'étale en membrane; sur un autre, de petits caillots aplatis, rouges, tendant à devenir pelliculaires; ailleurs, comme dans les fosses occipitales inférieures, simplement des taches rouges, qui paraissent aussi tenir à ce même effort hémorrhagique, se généralisant dans toute l'étendue de la cavité arachnoïdienne; et enfin dans une des cavités de la base du crâne, une certaine quantité de sang liquide qui, à elle seule et à défaut d'autres caractères, suffirait pour établir le point de départ, la nature de cette enveloppe accidentelle, rencontrée dans le cerveau de cet individu. Ces divers caractères sont des degrés variés d'organisation; ce sont des portions de fausse

membrane d'une formation plus ou moins récente, tenant toutes à une origine commune, liées intimement, autrement dit à des atteintes successives d'apoplexie méningée.

De reste, les symptômes observés pendant la vie s'accordent pleinement avec les résultats nécroscopiques. C'est dans le mois d'août que nous observons les premiers indices de congestion cérébrale; en septembre, il en reçoit quelques atteintes assez légères; et, dans les premiers jours d'octobre, il est pris d'un violent coup de sang, qui est suivi de symptômes très graves, et qui laisse après lui des désordres cérébraux promptement mortels. Ces atteintes multipliées de congestion nous expliquent la nature des lésions rencontrées sur le cadavre, et nous rendent compte en quelque sorte des divers degrés d'avancement que nous offrait la fausse membrane dans les différents points de son étendue. Nous l'avons trouvée, sur les hémisphères, plus complète, mieux organisée, que celle de la première observation, parce que la vie s'était prolongée plus longtemps chez ce malade, et que la congestion cérébrale la plus ancienne, celle qui a fourni les premiers matériaux à cette production accidentelle, remontait déjà à deux mois environ, tandis que chez l'autre aliéné la congestion ne s'était faite que depuis quelques jours. Mais à ce premier effort hémorrhagique se sont jointes plus tard, et jusque dans les derniers temps de la vie, de nouvelles congestions : ce sont elles qui nous expliquent l'état encore tout rudimentaire de la fausse membrane qui tapisse le feuillet pariétal de l'arachnoïde; et l'on peut rattacher au dernier coup de sang, à celui qui amena la mort, l'exsudation sanguine qui tapisse quelques points de la base du crâne, ainsi que l'épanchement liquide qui occupe une des cavités de cette boîte osseuse.

Si nous étudions maintenant la fausse membrane dans le cerveau du troisième sujet, nous lui trouvons un degré d'organisation que nous n'avons point remarqué dans les autres cas : sur les hémisphères, par exemple, elle n'offre plus la moindre



trace de sang, et elle a acquis un aspect et une texture qui la rapprochent de l'organisation des membranes séreuses; mais vers la base du crâne, et sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, nous retrouvons les phases de développement que nous avons vues ailleurs : d'abord une coloration rouge qui indique une date plus récente; plus loin, un état de ténuité extrême, joint à une couleur rouge; puis une sorte de trame aréolaire, formée par de nombreux filaments rougeâtres; et, sur d'autres points enfin, des caillots d'où semblent partir ces filaments, qui servent de rudiments à la fausse membrane. Nous ne trouvons point ici de sang liquide épanché, mais quelques caillots de sang qui nagent au milieu d'une sérosité sanguinolente, et sur un des points du feuillet de la base du crâne, une couleur jaunebistre qui indique, à mon avis, la présence plus ou moins ancienne d'une certaine quantité de sang épanché en cet endroit.

Dans cette observation, comme dans les autres, il existe une concordance parfaite entre les symptômes observés pendant la vie et les lésions trouvées sur le cadavre. Chez celui-ci, les congestions cérébrales remontent à une époque éloignée, à un an environ et peut-être plus; c'est pourquoi la fausse membrane était arrivée, sur les hémisphères, à un état d'organisation qui l'identifiait en quelque sorte avec les séreuses naturelles; mais des congestions plus récentes se sont montrées chez ce malade; nous avons trouvé aussi des phases différentes de développement depuis le point de départ le plus rudimentaire jusqu'à cet état où la fausse membrane commence à devenir bien distincte et à perdre les traces du liquide qui a présidé à sa formation. Un fait digne de remarque que nous a présenté ce malade, c'est que, quelque intenses qu'aient été chez lui les phénomènes d'irritation qui suivaient le retour des congestions cérébrales, nous n'avons point trouvé dans son cerveau la moindre trace de matière albumineuse ou plastique à l'organisation de laquelle on pût rattacher la création de cette production membraniforme.

De l'analyse à laquelle nous venons de nous livrer, il résulte

pour moi ces deux faits : 1° que chez ces trois aliénés, tous déments, paralytiques et sujets à des raptus sanguins du côté du cerveau, les congestions cérébrales ont été portées jusqu'à une exhalation sanguine dans la cavité de l'arachnoïde ; 2° que ce liquide, répandu ainsi à diverses reprises et en petite quantité à la fois, s'est solidifié peu à peu, et a fini, en parcourant tous les degrés de développement que nous avons vus, par revêtir les divers caractères d'organisation qui distinguent les fausses membranes, et qui les rendent comparables, dans bien des cas, aux membranes séreuses de l'économie.

Voici maintenant six nouvelles observations où les résultats nécroscopiques s'accordent parfaitement avec ceux des précédentes ; mais là se borne tout l'intérêt qu'elles nous ont présenté : nous ne trouverons point ici cet ordre de symptômes qui nous a si bien rendu compte du genre de lésion rencontrée dans le cerveau de ces sujets. Nous allons nous contenter de faire connaître succinctement les principaux traits de leur histoire.

#### OBSERVATION QUATRIÈME.

Le premier cas est celui d'un homme de vingt ans, né imbécille, et mort dans un état de marasme, suite d'une affection tuberculeuse des poumons. Nous trouvâmes à l'autopsie, indépendamment des lésions pulmonaires qui avaient amené la mort, une petite membranule sanguine qui occupait la partie postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau. Cette membrane, encore toute rudimentaire, très rouge, et à peine assez distincte en certains points pour pouvoir être soulevée en masse, offrait d'ailleurs, dans les divers endroits de son étendue, tous les caractères que nous avons vus appartenir, dans les autres observations, aux premières phases de développement des fausses membranes de nature sanguine. Du reste, il n'y avait point d'autres lésions des membranes et du cerveau.

#### OBSERVATION CINQUIÈME.

Le second fait est celui d'une femme de soixante-six ans, atteinte d'une folie chronique intermittente, qui se reproduisait tous les quatre ou cinq mois par des accès de manie très intenses, mais qui, dans ces derniers temps, avait semblé se transformer en un

état voisin de la démence. Quoi qu'il en soit, il survint, dans le mois de juin 1840, un état de souffrance mal déterminé; puis un dévoiement sérieux se déclara, des escarres profondes envahirent le sacrum, et la mort arriva dans le marasme, sans convulsion ni paralysie.

Nous trouvons à l'autopsie plusieurs onces de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde; puis, sur le feuillet pariétal de la séreuse cérébrale, une pseudo-membrane très fine, que nous nous abstiendrons de décrire, mais qui présentait les diverses périodes d'évolution, depuis l'état primitif de caillot sanguin jusqu'à celui de membranule, très distincte quoique récente, et assez consistante pour pouvoir être soulevée sans déchirure. Cette fausse membrane sanguine occupait toute la moitié gauche de la voûte du crâne, et se prolongeait jusqu'aux limites de la base, où elle avait une épaisseur plus considérable, et une teinte bistre qui tranchait avec la coloration rouge des autres points. Par une circonstance indépendante de ma volonté, les autres organes ne furent pas examinés, et je le regrette, à cause de l'obscurité qu'avait présentée la maladie de cette aliénée.

#### OBSERVATION SIXIÈME.

Le troisième cas est relatif à un homme de quarante ans, qui était renfermé depuis de longues années à l'hospice Saint-Lazare. Cet aliéné, regardé comme incurable, et abandonné comme tel dans une loge basse, humide et obscure, était tombé dans un état d'abrutissement qui ne laissait pas le moindre espoir de guérison. Sa constitution physique avait aussi considérablement souffert : il était pâle, maigre, défait; sa figure indiquait un appauvrissement excessif, une sorte d'étiollement déterminé plutôt par sa réclusion presque constante que par la durée de sa maladie mentale. Nous voulûmes entreprendre, quand nous fûmes chargé du service médical, de le rendre à la lumière, de l'habituer à écrire avec les autres aliénés, de l'humaniser en quelque sorte; et l'amélioration survenue en peu de temps nous donnait de grandes espérances de répit, lorsqu'il survint une affection accidentelle qui amena promptement la mort. Il se refusa à prendre la moindre nourriture, ne voulut boire que de l'eau rougie, et ne présenta d'autres symptômes qu'une soif excessive, une fièvre assez intense, l'haleine chaude, et un état de sécheresse très marqué de la bouche. Il ne voulut se soumettre à aucune médication; sa situation ne fit qu'empirer, et dix à douze jours après il mourut dans un état excessif

d'amaigrissement, sans avoir présenté le moindre symptôme que l'on pût rapporter à une maladie cérébrale.

Pour toute lésion, nous trouvâmes à l'autopsie, d'abord une injection très marquée des vaisseaux méningiens; puis, sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, une fausse membrane sanguine qui occupait la partie antérieure de la voûte du crâne, la base orbitaire, la fosse temporale, et une petite portion de la fosse occipitale du côté gauche. Les caractères de sa première origine sont les mêmes que dans les cas précédents : elle est très mince, très fragile, entièrement colorée en rouge, et d'une épaisseur un peu plus grande dans la fosse orbitaire que dans la moyenne. On trouve aussi à la base plusieurs plaques jaunâtres qui indiquent un ancien épanchement absorbé.

#### OBSERVATION SEPTIÈME.

Un homme âgé de trente-cinq ans entre à Bicêtre le 6 novembre 1839. Il n'était pas agité; il offrait tous les caractères d'une démence avec paralysie générale, et fut bientôt mis dans la salle des gâteux à cause de sa malpropreté. Sa maladie fait de rapides progrès, et il succombe dans un état d'épuisement le 19 novembre 1839. A l'autopsie on trouve, après que la dure-mère a été enlevée, une fausse membrane qui n'existe que du côté gauche; elle est peu adhérente, et forme à la surface supérieure du cerveau une petite poche remplie de sang qui a 6 centimètres environ d'étendue; le sang contenu dans cette poche est noir, en petits caillots, et adhère à la pseudo-membrane; le kyste est composé de deux feuillets qui se réunissent pour former un cul-de-sac; et dès lors unique, la fausse membrane se continue en arrière dans l'étendue de 3 centimètres, et se termine en s'amincissant graduellement. Il y avait un verre de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde : cette membrane est épaissie, opaque, de même que la pie-mère, et elles adhèrent à la substance cérébrale.

#### OBSERVATION HUITIÈME.

Un homme de quarante ans entre à Bicêtre dans le mois de juin 1838, atteint d'une démence avec paralysie générale qui fait des progrès continuels, mais lents. Vers le milieu de mars 1839 il commence à être agité; sa face est injectée; il devient loquace. Sa malpropreté le fait placer dans la salle des gâteux, où il meurt le 2 avril 1839. A l'autopsie, la dure-mère est distendue par un liquide; à gauche, au-dessous d'elle, une fausse membrane de 2

ou 3 millimètres d'épaisseur occupait toute la partie convexe du cerveau. Elle était demi-transparente, sillonnée de vaisseaux rosés réunis en petits groupes. Sa cavité contenait un liquide sanguinolent peu abondant. A droite, existe une autre pseudo-membrane semblable à la première; dans la poche qu'elle formait se trouvaient 100 grammes environ d'un sang fluide, d'un rouge sale, dans lequel nageaient des noyaux fibrineux. Les circonvolutions de tout l'hémisphère semblent déprimées.

#### OBSERVATION NEUVIÈME.

Un homme âgé de cinquante-trois ans est admis à Bicêtre le 30 mars 1839. Il était devenu maniaque à la suite d'une émotion violente. L'agitation diminue, et au bout d'un mois il était tout-à-fait raisonnable; il est bientôt repris d'un nouvel accès, au milieu duquel il succombe d'une manière assez brusque. On trouve à l'autopsie une accumulation assez considérable de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Sa face interne est tapissée par une fausse membrane d'une demi-ligne d'épaisseur, jaunâtre; de place en place se voient des plaques de sang noirâtre, d'une teinte un peu moins foncée sur leurs bords. A sa partie antérieure, la pseudo-membrane est tellement mince, qu'elle se confond avec l'arachnoïde. Cette disposition existe des deux côtés; elle est plus prononcée à gauche.

Ces derniers faits sont curieux sous le rapport des lésions cadavériques; mais nous ne trouvons point dans les troubles fonctionnels survenus pendant la vie cette relation de cause à effet que nous avons remarquée dans les autres cas, aucun signe en un mot qui ait pu nous faire supposer avant la mort la nature des altérations que nous devions rencontrer sur le cadavre. Pourtant ici, comme dans les observations premières, l'origine de la fausse membrane ne me paraît pas douteuse; il y a eu primitivement exhalation de sang dans la cavité de l'arachnoïde, puis organisation successive de ce liquide en une production membraniforme. Tout en effet tendait à le prouver, d'abord la présence de quelques caillots de sang, puis leur transformation manifeste en filaments, en une sorte de trame assez distincte; enfin la coloration des portions qui étaient plus avancées, très

rouge sur un point, un peu plus pâle sur un autre, et tendant à s'effacer complètement sur quelques endroits de son étendue. N'est-il pas jusqu'à ces plaques jaunâtres qui indiquent que du sang a été déposé sur la base du crâne et absorbé dans le même point ?

Il nous resterait maintenant à expliquer comment se sont faites ces exhalations sanguines dans le cerveau de ces aliénés, à savoir, si elles ont été actives ou passives, et si elles se sont produites suivant le même mécanisme que dans les autres observations. Nous regardons la solution de ces questions comme très difficile, en raison de l'absence des signes que l'on puisse rapporter à la formation du produit pathologique retrouvé dans l'encéphale ; mais nous ne pensons point qu'on doive pour cela rejeter la spécialité de son origine, car tout n'est pas connu dans la symptomatologie des apoplexies méningées ; et ne peut-on pas supposer que plusieurs symptômes de congestion nous auront échappé, à cause de leur fugacité naturelle et du peu d'aptitude des aliénés à accuser la nature de leurs souffrances ? Dans la sixième observation, la congestion cérébrale a existé, puisque, après la mort, indépendamment de la fausse membrane, nous avons trouvé une injection très manifeste dans tout le système circulatoire des méningées cérébrales. Du reste, toutes les conditions d'exhalation ne nous sont pas connues ; ne peut-on pas admettre, par exemple, que le sang soit sorti des capillaires qui le renferment sans que la congestion ait été forte, et même en l'absence du moindre raptus vers le cerveau ? Ces suppositions sont permises ; mais quelle que soit la manière dont les choses se sont passées, il ne reste pas moins démontré à mes yeux que c'est le sang qui a fourni les éléments de formation à ces productions membraniformes rencontrées dans les méninges de ces aliénés.

Dans tous les cas que nous avons fait connaître la maladie était récente ; les traces de sang, tous les caractères, en un mot, de la fausse membrane ne nous ont pas laissé le moindre doute

sur sa nature et l'origine de sa formation ; mais il n'en est pas de même de la dixième observation, recueillie à Marseille, qu'il nous reste à relater : c'est un cas de manie très aiguë. Nous n'avons pas été témoin des congestions cérébrales qui ont pu avoir lieu, et la pseudo-membrane trouvée dans le cerveau ne nous permet point, au premier abord et sans contestation, de regarder le liquide sanguin comme ayant concouru à son développement, par suite de son exhalation dans la cavité de l'arachnoïde. Cependant, quand nous aurons rapporté l'histoire de ce fait, nous essaierons de nous rendre raison de ces particularités, et nous arriverons, je l'espère, à assigner à ce cas de fausse membrane les mêmes éléments de formation que ceux des observations précédentes.

## OBSERVATION DIXIÈME.

**SOMMAIRE.** — Tempérament nervoso-sanguin. — Caractère très irritable. — Ivrognerie. — Chute. — Délire consécutif. — Guérison apparente. — Mi-ère profonde. — Signes d'aliénation mentale. — Délire phrénétique. — Mort. — Pseudo-membrane rosée, parfaitement organisée. — Ramollissement du cerveau. — Injection de la substance cérébrale. — Adhérences des membranes sur quelques points.

Antoine C..., d'un tempérament nervoso-sanguin, âgé de quarante ans, entre dans l'asile de Saint-Joseph le 30 avril 1841. Cet homme, d'un caractère toujours mobile et irritable, a eu à supporter dans sa jeunesse beaucoup de misère, beaucoup de privations, ce qui ne l'a jamais empêché de se livrer journellement à l'abus des boissons alcooliques. Exerçant le métier de colporteur, il fut trouvé, il y a quelques mois, gisant sur la route d'Aix, et il fut transporté sans connaissance dans un village voisin, où les soins qui lui furent prodigués ne le tirèrent de son état comateux qu'au bout de deux jours. De là transféré à l'Hôtel-Dieu de Marseille, il y arriva dans l'état suivant : œdème de la face, plaies contuses sur divers points de la figure, contusion de l'épaule gauche, agitation, cris, délire loquace.... Plusieurs saignées copieuses lui sont pratiquées, et un grand nombre de sangsues sont appliquées à la tête. Il survient bientôt une amélioration notable, et ce malade sort de l'hôpital deux mois après, semblant parfaitement guéri. Mais, par suite de son séjour à l'hospice, son négoce habituel étant à peu près perdu, il se trouva dans l'impossibilité presque absolue de subvenir

à ses premiers besoins. Quelques amis le secoururent, et on l'eût peut-être aidé tout-à-fait à se tirer d'embarras, si son inconduite n'eût prouvé de nouveau à ses amis que tous leurs louables efforts ne seraient suivis d'aucun bon résultat. C'est alors que, délaissé de tout le monde, sa raison commença à se troubler; il se mit à errer jour et nuit dans les rues de la ville, disant partout qu'il voulait tuer sa fille pour la soustraire à la misère. De jour en jour il y avait un état d'excitation plus marqué, et plus d'extravagance dans ses manières. Enfin une fois il se lève tout-à-coup pendant la nuit, ouvre la croisée, et se met à crier à l'assassin. Il est immédiatement conduit dans l'asile des aliénés de Marseille.

Le jour de son entrée, il nous offre une mobilité extrême, une animation de toute sa figure, une loquacité intarissable, de l'agitation dans le poulx, tous les signes, en un mot, d'une manie à l'état aigu. (Saignée du bras; le soir, sangsues aux malléoles, boissons tempérantes.) Ces moyens n'amènent aucune amélioration, ainsi que les bains administrés les jours suivants. Au contraire, son agitation ne fait qu'augmenter; il pousse sans cesse des cris et des vociférations; il est continuellement en mouvement; il y a une insomnie complète; tantôt il rit, tantôt il pousse des sanglots et des gémissements. Il se luxe l'épaule en sautant de son lit; nous réduisons cette luxation, malgré l'agitation qui va de plus en plus en augmentant. Transféré, à cause de ses cris continuels, dans l'asile de Saint-Lazare, ce malheureux tombe dans un état de véritable frénésie: il ne cesse nuit et jour de crier et de vociférer; il se traîne dans sa loge, frappe avec ses pieds ou ses mains tout ce qui est à sa portée; il se frotte contre les murs de manière à s'écorcher tout le corps; il déchire le linge qui est à sa disposition, le saisit avec ses dents, et le met en mille morceaux; il se vautre dans la paille, et en prend entre ses dents pour la ronger; il ne se nourrit qu'avec un peu de lait et de soupe, et repousse tous les autres aliments. Cet état de rage, de frénésie, le jette dans une maigreur extrême; bientôt tout son corps est couvert de plaies, sa voix finit par se voiler, et il meurt, le 20 juin 1841, dans une sorte d'exténuation excessive; mais le délire, les cris, l'ont suivi jusqu'à la mort.

*Autopsie.* Le cadavre de cet homme est réduit à l'état de squelette. Il s'écoule de la cavité de l'arachnoïde plusieurs onces de sérosité. Nous trouvons entre les deux feuillets de cette membrane une pseudo-enveloppe de couleur rosée, un peu opaque, et d'une consistance assez grande. Elle est parfaitement organisée; elle tapisse toute la partie convexe de l'hémisphère droit, et va se terminer, 1° en avant, sur la bosse orbitaire du côté correspondant; 2° en



dehors, au niveau de la base du rocher; 3° en dedans de la grande scissure, après un quart de pouce de trajet. Cette fausse membrane s'enlève assez facilement de dessus le feuillet cérébral de la séreuse; mais, en la soulevant, on voit d'une manière évidente se déchirer de petits filets, qui ne paraissent être autre chose que des vaisseaux qui naissent de l'arachnoïde, et vont se terminer dans cette production accidentelle.

L'arachnoïde présente sur divers points de petites plaques blanchâtres et opaques qui adhèrent à la substance grise correspondante. Les deux feuillets de la séreuse, qui pénètrent dans la grande scissure, adhèrent entre eux dans une grande étendue.

Le cerveau ayant été enlevé de la boîte osseuse, nous voyons qu'une portion de sa substance grise est restée adhérente sur la bosse orbitaire gauche, et la perte de substance qui en résulte offre une surface irrégulière d'une profondeur de quelques lignes, et d'un diamètre d'une pièce de deux francs; de plus, les environs de cette surface sont notablement ramollis, et la portion de la substance restée adhérente à la bosse orbitaire est tout-à-fait pulpeuse, et se réduit en bouillie par le plus léger frottement; elle a en outre une couleur jaunâtre tirant sur l'ocre. Nous découvrons ensuite, vers la réunion du tiers antérieur de l'hémisphère droit avec son tiers moyen, près de la ligne médiane, un ramollissement partiel de la substance grise, qui s'enlève dans une assez grande étendue, en frottant avec le manche du scalpel. Du reste, toute la masse du cerveau est mollasse et s'affaisse sur elle-même.

La substance blanche intérieure présente un nombre considérable de petits points rouges; elle est sablée de la manière la plus évidente. Les ventricules, assez dilatés, sont remplis de sérosité; les vaisseaux qui y rampent sont injectés. Le nerf olfactif du côté gauche est aussi ramolli, et sa couleur est tout-à-fait jaune.

La fausse membrane trouvée dans le cerveau de cet aliéné présente un degré d'organisation que nous n'avons pas encore vu; elle est dans toute son étendue parfaitement développée, et elle n'offre nulle part des caillots sanguins aplatis, ni des filaments rougeâtres, aucun caractère, en un mot, qui puisse faire soupçonner une origine sanguine, à part cette légère teinte rosée, qui est un reste peut-être d'une coloration rouge beaucoup plus intense. Hâtons-nous, en même temps, de faire remarquer qu'en aucun point de l'encéphale nous n'avons observé

des traces d'albumine ou de matière plastique, rien en définitive qui puisse faire supposer qu'une sorte de lymphé aurait concouru à son développement. Il n'y a donc pas plus de raison, à l'aspect seul de la fausse membrane, de lui supposer une telle organisation plutôt qu'une telle autre; c'est un produit déjà très bien formé, datant de quatre ou cinq mois environ, et ne laissant plus aujourd'hui, à cause de son ancienneté, aucune espèce d'indice de ses premiers éléments de formation. Cependant, dans cette couleur rosée, dans cette teinte jaunâtre de plusieurs points des circonvolutions de la partie antérieure du cerveau, ne voyons-nous pas de grandes présomptions, si ce n'est une certitude, pour croire que plus ou moins anciennement une certaine quantité de sang a été déposée dans la cavité de l'arachnoïde? N'avons-nous pas vu des portions des fausses membranes, dans les premières observations, entièrement décolorées, et semblables en tout point à la totalité de celle-ci? Et de même que nous avons regardé ces portions membranenses comme un produit du sang, quoiqu'elles ne présentassent aucune trace de ce liquide, ne pouvons-nous pas assigner la même origine à la pseudo-membrane qui nous occupe, et supposer tout naturellement que ses caractères physiques ne sont négatifs que parce qu'elle est arrivée déjà à une époque très éloignée de sa création?

D'ailleurs, la nature des symptômes observés pendant la vie se prête assez bien à cette sorte d'interprétation: cet homme, en effet, a été trouvé gisant sur la route avec perte de connaissance, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours qu'il est revenu du coma où il était plongé; puis sont survenus du délire et un état d'excitation qui ne s'est dissipé qu'après un certain temps, et enfin le malade n'a semblé guéri qu'après un ou deux mois. Cette chute sur le sol a pu se faire de deux manières: elle a été tout-à-fait fortuite ou elle a été le résultat d'un violent coup de sang; mais, dans l'un comme dans l'autre cas, une même cause a pu donner lieu à la perte de la connaissance, c'est-à-dire à

un épanchement de sang qui se sera opéré dans quelque partie de l'encéphale, soit sous l'influence du choc qui aura agi sur la tête de l'individu, soit par exhalation, suite d'une forte congestion cérébrale, comme cela a eu lieu dans les autres cas. N'ayant pu observer le malade à cette époque, il nous serait difficile de déterminer au juste à quel ordre de lésion appartiennent les symptômes qu'il a présentés; toutefois nous sommes portés à croire qu'il y a eu coup de sang, chute, perte de connaissance, et ensuite irritation cérébrale occasionnée par la présence du sang dans la cavité de l'arachnoïde; on comprendrait alors parfaitement cet état d'organisation si avancée de la fausse membrane, puisque plusieurs mois se seraient écoulés, depuis le moment où l'accident a eu lieu, jusqu'à celui où le fait a été observé. Dans cette supposition, nous regarderions les phénomènes survenus dans la seconde période de la maladie comme n'ayant aucun rapport direct de causalité avec la fausse membrane du cerveau, dont la formation aurait été antérieure. Nous trouverions à la folie qui est survenue des prédispositions dans l'inconduite habituelle du sujet, l'accident qui lui est arrivé, et la présence de la fausse membrane qui pouvait entretenir un certain degré d'irritation dans le cerveau; des causes déterminantes dans le retour à ses penchants d'ivrognerie, et dans cet état de misère profonde, capable à lui seul de produire un désordre mental; et enfin la raison anatomique de l'état phrénétique dans les nombreuses traces de phlegmasie disséminées dans le tissu cérébral. Ces déductions ne me paraissent point forcées, et elles me semblent se rapprocher beaucoup de la vérité, à défaut d'autres preuves plus positives sur le mode de formation des lésions anatomiques que nous a offertes le cerveau de cet aliéné.

Nous ne croyons pas nécessaire, comme nous avons dit en commençant, de faire connaître les autres cas d'apoplexie méningée que nous avons eu occasion d'observer. Ils sont au nombre de six; mais les uns sont des apoplexies foudroyantes,

où la mort est survenue presque aussitôt, et où nous n'avons trouvé à l'autopsie autre chose qu'une grande quantité de sang répandu dans la cavité de l'arachnoïde, tout autour de la masse encéphalique, sans aucune trace de fausse membrane; mais nul doute que si la vie se fût prolongée quelques jours, nous n'eussions rencontré les premiers éléments de formation d'une semblable production. Les autres sont des cas d'hémorrhagies enkystées, de ces sacs pseudo-membraneux qui renfermaient du sang liquide et des caillots fibrineux. Nous tirerons de ces faits, dans la partie de notre travail qui va suivre, tout le parti convenable; mais nous nous dispenserons de faire connaître toutes les particularités de leur histoire, parce qu'ils ne diffèrent nullement des observations de ce genre publiées par les auteurs, et principalement par MM. Calmeil, Lelut, Longet, Rostan, Baillarger et Boudet.

(*La deuxième partie au numéro prochain.*)

---

## Médecine légale.

---

### CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE

RELATIVE

#### AU MAGNÉTISME ANIMAL.

LES AFFECTIONS NERVEUSES QUI SE MANIFESTENT CHEZ UN INDIVIDU SOUMIS FORCÉMENT A L'ACTION D'UN MAGNÉTISEUR PEUVENT-ELLES ÊTRE ASSIMILÉES AUX MALADIES PRODUITES PAR L'ADMINISTRATION DE SUBSTANCES NUISIBLES A LA SANTÉ (1) ?

---

Nous, soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris (2), nous sommes réunis le 15 septembre 1841 et jours suivants, en vertu d'une ordonnance de M. le juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet de donner notre avis sur les faits médicaux qui se rattachent à l'instruction commencée à l'égard des sieurs N., pharmacien, demeurant à Paris, rue ..., et le sieur M., docteur en médecine, demeurant aussi à Paris, rue ..., lesquels

---

(1) La publication de ce document, peut-être unique en son genre, dont la rédaction remonte aux derniers mois de 1841, sera suivie, dans un des prochains numéros, d'une appréciation aussi sévère que possible des phénomènes anormaux du système nerveux, désignés sous le nom de phénomènes magnétiques. Nous tenions à prouver à nos lecteurs, aujourd'hui même, que nous ne craignons point de nous engager dans la discussion de cette délicate et très controversable question du magnétisme animal.

(2) MM. Foville, Leuret et Royer-Collard.

sont inculpés d'avoir volontairement, à l'aide de contrainte, administré à la fille A. des substances nuisibles à la santé, qui auraient occasionné une maladie à ladite fille.

Diverses pièces nous ont été remises, savoir :

1° L'ordonnance de M. le juge d'instruction, contenant l'indication des questions qui nous sont adressées ;

2° Deux copies de ladite ordonnance ;

3° Les interrogatoires de la fille A et de la dame B. ;

4° Un rapport de M. le docteur C.

Examen fait desdites pièces, nous avons pris note de tous les faits qui s'y trouvent consignés, et qui pouvaient particulièrement fournir matière à nos délibérations.

§ 1. La fille A., âgée de 21 ans, serait atteinte, depuis le mois de février 1841, d'une affection nerveuse, manifestée par des convulsions qui, aux termes de l'ordonnance de M. le juge d'instruction, *pourraient avoir un caractère cataleptique*, et, d'après le témoignage de M. le docteur C., devraient être considérées comme étant de nature *hystérique*.

§ 2. Au mois de mars, elle aurait été traitée pour cette maladie par le docteur M., l'un des prévenus, qui, peu de temps après, l'aurait attirée chez lui en qualité de domestique.

§ 3. Elle aurait, dès les premiers jours qui ont suivi son entrée dans cette maison, parlé et agi pendant son sommeil, de manière à offrir toutes les apparences du somnambulisme naturel.

§ 4. Vers le huitième jour, elle aurait éprouvé une violente attaque, suivie d'une maladie de trois semaines, laquelle aurait été aggravée par la nature des remèdes administrés à cette occasion.

§ 5. A peine rétablie de cette dernière maladie, elle aurait été soumise, nonobstant son refus d'y consentir, à des expériences de magnétisme animal plusieurs fois renouvelées ; chaque fois, le sieur N. et le docteur M., aidés de quelques autres personnes, l'auraient placée et maintenue de force dans un fauteuil ; en

cette position, on l'aurait endormie malgré sa résistance ; ce sommeil involontaire se serait prolongé pendant des heures, quelquefois même depuis huit heures du soir jusqu'au lendemain à la pointe du jour. A son réveil, la fille A. aurait ressenti des douleurs dans les membres, de la fatigue, du malaise, qu'elle aurait attribués aux expériences magnétiques dont elle aurait été le sujet.

§ 6. Enfin, le 18 août, vingt-quatre jours après avoir quitté la maison du sieur N., elle aurait été prise dans la rue même de convulsions qui l'auraient fait transporter au poste du marché Saint-Germain; là, elle aurait reçu les soins du docteur C. : d'où, rapport de M. le commissaire de police, et intervention de la justice.

Telles sont les circonstances mentionnées dans l'instruction qui nous ont paru devoir fixer notre attention. Nous laissons entièrement de côté tous les autres détails de cette affaire, comme étant en dehors de notre compétence.

En raison de ces faits, et en présence de l'article 317, § 4, du Code pénal, M. le juge d'instruction a cru devoir recourir aux lumières de la science médicale pour la solution des questions suivantes :

« 1° Si, en admettant que le magnétisme puisse, entre des mains habiles et consciencieuses, devenir un moyen de thérapeutique, l'agent impalpable, le fluide invisible, le moteur impoindérable qu'il met en jeu, et par lequel il domine la volonté du patient et s'empare de toutes ses facultés, ne peut et ne doit pas, à juste titre, être compris parmi les éléments d'action sur l'économie, que la loi a entendu désigner en employant l'expression générale de *substances*.

» 2° Si l'emploi irrationnel, intempestif, abusif de cet agent puissant, de cette énergique substance, non pour le soulagement de l'individu soumis à son action, mais pour faire de cet individu une machine à deviner, un instrument de jonglerie et de

charlatanisme, n'est pas essentiellement nuisible à la santé, sans être cependant de nature à donner la mort ;

» 3° Si, dans l'espèce, eu égard à la constitution de la fille A., à son état de convalescence, à son irritabilité malade, le magnétisme appliqué sans nécessité aucune, imposé par la contrainte dans un but unique de représentation, n'a pas dû surexciter chez elle ses nerfs qu'il s'agissait de calmer, et ne lui a pas réellement causé un accroissement de maladie, dont ceux que l'avidité seule a dirigés doivent être responsables. »

Il est évident que, dans les questions ci-dessus énoncées, deux points de vue parfaitement distincts doivent être successivement envisagés : d'une part, il faut établir en quoi peut consister, au jugement de la science, cet ensemble de phénomènes réels ou supposés que la langue vulgaire et les termes mêmes de l'instruction entendent désigner sous le nom de *magnétisme animal*, et quelle influence ils peuvent exercer sur l'état physique des individus chez lesquels ils sont produits ; d'une autre part, il s'agit d'apprécier le mode d'action des différents moyens qui avaient été employés dans l'espèce, à l'égard de la fille A., et de déterminer s'ils ont été de nature à compromettre plus ou moins sa santé. Il y a donc là une question générale et une question spéciale.

La question générale du magnétisme, telle qu'elle nous a été posée, se divise naturellement en deux parties : 1° L'action dite magnétique d'un individu sur un autre est-elle réelle, et, en cas d'affirmation, certaines conditions particulières ne seraient-elles pas nécessaires à l'accomplissement de cette action ? 2° Quel degré de valeur doit-on attribuer aux théories proposées pour l'explication des effets magnétiques, telles que, par exemple, l'existence d'un fluide particulier, etc. ? L'action dite magnétique d'un individu sur un autre n'est pas, dans l'état actuel de la science médicale, un fait démontré et hors de doute. Parmi ceux qui la nient, comme parmi ceux qui l'admettent, se trouvent les hommes les plus graves, et dont le témoignage



semble faire également autorité. Nous ne pouvons donc, parlant ici au nom de la science, affirmer en aucune façon, comme une chose positive, qu'un homme, par la seule puissance du vouloir ou à l'aide de certains gestes, ait la faculté d'agir sur un autre homme de manière à produire chez lui le somnambulisme magnétique, à suspendre ou modifier le jeu de ses fonctions organiques, à *dominer sa volonté*, à *s'emparer de toutes ses facultés*, à en faire, selon les cas, *un moyen de thérapeutique* ou une cause de perturbation morbide. Nous n'entendons point, sans doute, nier absolument la totalité des faits attribués au magnétisme, ni la possibilité de la confirmation ultérieure de certains résultats aujourd'hui fort contestables. On peut, si l'on veut, rejeter tous ces faits sans exception ; on peut croire à l'un, et non pas à l'autre ; on peut aussi, en acceptant l'un et l'autre, leur refuser ce caractère spécifique que leur imputent les partisans du magnétisme : il y a là, dans tous les cas, un problème extrêmement complexe, et dans lequel nous ne voulons pas nous engager. Ce que nous prétendons seulement établir, c'est qu'il n'existe actuellement, à cet égard, que des opinions individuelles, et que rien n'est encore prouvé de manière à constituer ce qu'on appelle une vérité scientifique. Au surplus, la science elle-même a proclamé, tout récemment encore, ces doutes que nous exprimons ici, lorsque, par l'organe des premiers corps savants du royaume, elle a déclaré se renfermer provisoirement, en ce qui touche la question du magnétisme animal, dans une prudente incrédulité. Or, dans un tel état de cause, et quelle que puisse être d'ailleurs, sur ce point, la divergence des sentiments, est-il permis de fonder une action en justice sur des faits d'une telle nature ? Recherchera-t-on dans quelle mesure et à quel degré ont pu être nuisibles à la santé des opérations qui, dans l'opinion d'hommes compétents, sont tout-à-fait insignifiantes, ou du moins dépourvues d'une action spéciale sur l'organisme ? Nous ne le pensons pas. Que si, néanmoins, on se refusait à partager cette manière de voir, il

resterait encore à décider une autre question, celle de savoir si l'action magnétique, telle que l'admettent ceux qui croient au magnétisme, peut s'exercer, non seulement sans le consentement du sujet soumis à cette action, mais malgré sa volonté, en dépit des efforts qu'il fait pour s'y soustraire, et au milieu d'une lutte violente, placé qu'il est et maintenu de force dans un état d'immobilité plus ou moins parfaite. Il se peut que certains partisans du magnétisme répondent à cette question par l'affirmative; tel n'est point, cependant, l'avis du plus grand nombre d'entre eux. D'après les expressions mêmes de ceux qui ont écrit sur cette matière, « la condition la plus désirable pour recevoir l'influence magnétique, c'est de vouloir la recevoir. . . . Les remèdes physiques eux-mêmes ont besoin qu'on seconde leur opération; de même, il faut seconder l'action magnétique; le magnétiseur et le magnétisé doivent se mettre en rapport avec recueillement. . . . La disposition morale du magnétisé peut repousser l'action du magnétiseur, la retarder, s'opposer à ses effets. . . . La foi nécessaire au magnétiseur n'est point nécessaire à celui qu'on magnétise; il suffit qu'il ne s'oppose point mentalement, et qu'il se laisse opérer sans réserve ni crainte. . . » « Je ne pourrai point magnétiser, dit encore M. Deleuze, si le sujet ne me cède, ne se baisse sous moi, pour ainsi dire, par la confiance et la croyance. »

Il suffit de ces citations pour qu'on ait au moins le droit d'élever des doutes, alors même qu'on croirait au magnétisme, sur la possibilité d'exercer l'influence dite magnétique par la contrainte, et à l'aide de violences physiques prolongées.

Quant aux explications qu'on a essayées des phénomènes dits magnétiques, dans le but de se rendre compte de leur nature intime, plusieurs ont été proposées, soit par les partisans du magnétisme animal, soit par ceux-là mêmes qui ont cherché à faire rentrer une partie au moins de ces phénomènes dans l'ordre naturel des faits physiologiques ordinaires. Suivant les uns, le sommeil provoqué dans cette circonstance n'est qu'un

simple effet de la lassitude et de l'ennui que produit la répétition prolongée des gestes du magnétiseur. Selon d'autres, l'influence magnétique est purement morale : l'imagination est frappée, l'esprit est préoccupé, la volonté est suspendue ou pervertie, comme il arrive dans une passion vive ou dans une forte contention de l'intelligence ; d'où modification de la sensibilité, par suite de la réaction du moral sur le physique. Enfin, la plupart supposent qu'il se développe, dans le cas d'action magnétique d'un individu sur un autre, une sorte de fluide impondérable, analogue à ce qu'on appelle communément le fluide électrique, lequel va de l'un à l'autre, et établit un rapport particulier entre le sujet et l'expérimentateur. L'excès ou le défaut de ce fluide, ses mouvements à travers les organes, sont la cause des phénomènes singuliers qui se produisent alors ; de là le bien-être ou le malaise, l'excitation ou l'affaiblissement de l'action nerveuse, les irrégularités apparentes qu'elle présente, les changements de tout genre qui s'opèrent momentanément dans l'économie vivante. Cette dernière opinion est celle qui prévaut généralement : aussi se trouve-t-elle naturellement reproduite dans les termes mêmes de l'ordonnance de M. le juge d'instruction. Mais quoi qu'on pense du magnétisme animal, il est évident qu'on n'a eu recours à l'idée de ce prétendu fluide que comme à une hypothèse plus ou moins ingénieuse, entièrement semblable à celle des physiciens qui ont imaginé le fluide électrique pour se rendre compte des phénomènes de l'électricité. Personne n'a jamais prétendu que le fluide électrique eût une existence réelle. Il n'est pas une matière, une substance propre et définie ; c'est une simple fiction de la science : à plus forte raison le fluide magnétique n'existe-t-il pas matériellement et à l'état de substance. On ne saurait donc, en aucun cas, lui attribuer des qualités quelconques, le considérer comme une chose utile ou nuisible par elle-même à la santé, et le comprendre ainsi dans la catégorie des substances désignées par l'art. 317, § 4, du Code pénal.

Nous avons examiné jusqu'ici la question générale du magnétisme au point de vue scientifique, sans aucune acception de personnes. Voyons maintenant comment, dans l'espèce, les observations précédentes peuvent s'appliquer à l'affaire qui nous occupe.

Si l'on n'admet pas la réalité des faits magnétiques, cette affaire tombe d'elle-même. Il n'y a plus d'action exercée sur l'organisme, plus d'atteinte portée à la santé ; donc plus de délit, plus de coupables. Mais nous devons prévoir le cas où l'on contesterait la vérité des principes que nous avons posés, et où nos doutes mêmes seraient jugés suffisants pour motiver une poursuite. Dans cette vue, il s'agit pour nous d'apprécier chacun des dires rapportés dans l'instruction ou recueillis dans notre enquête particulière qui seraient de nature à susciter une question médicale quelconque.

Ici une observation importante doit être faite. Quelque attention que nous ayons donnée aux diverses pièces qui nous ont été soumises, quelque soin que nous ayons apporté nous-mêmes dans nos interrogations et nos recherches, il nous a été absolument impossible de vérifier personnellement un seul des faits qui nous ont été signalés.

Ainsi la fille A... est partout désignée dans l'instruction comme sujette à des convulsions de nature *hystérique* ou *cataleptique* (voy. § 1). C'est là une circonstance grave dans l'affaire, attendu qu'elle seule a pu donner l'indice de cette extrême susceptibilité nerveuse qu'on aurait regardée comme une prédisposition au somnambulisme magnétique. Mais ces convulsions, nous n'en avons pas été témoins. Le docteur C... (§ 6), qui a vu la fille A... pendant une de ses crises, les appelle des *convulsions hystériques*. Toutefois, d'après les renseignements qui nous ont été donnés par cette fille et par la dame B... sur les divers accidents survenus pendant ces attaques, tels que l'invasion subite du mal, la perte subite de connaissance, et d'autres symptômes, nous serions portés à préjuger qu'il s'agi-

rait plutôt de convulsions épileptiques. Sur ce point donc, nous ne sommes pas suffisamment éclairés. Il y a plus : ces convulsions elles-mêmes n'auraient-elles pas été simulées ? Il est permis de se faire cette demande si l'on suppose comme une chose possible que la fille A... ait eu dès le principe le projet préconçu de se faire considérer comme un sujet éminemment propre à recevoir l'influence magnétique. A la vérité, le docteur C... n'a pas mis en doute la réalité de la maladie ; mais cette idée de doute ne s'étant pas présentée à son esprit, on conçoit que, dans l'examen rapide qu'il en a dû faire, son attention ne s'est point portée de ce côté, et qu'il n'a pas songé à tenir compte, dans son appréciation, des caractères différentiels qui peuvent exister entre une attaque apparente et une attaque véritable. Ne savons-nous pas d'ailleurs que tous les jours on simule l'hystérie et même l'épilepsie ? que des médecins, même instruits, peuvent s'y tromper momentanément ? Les ouvrages de médecine légale ne sont-ils pas remplis des détails propres à guider les experts dans cette appréciation, quelquefois assez difficile ?

Sur ce point encore nous ne sommes pas suffisamment éclairés.

Même difficulté relativement aux signes de somnambulisme naturel que la fille A. aurait donnés durant son sommeil (§ 3). Tout ce qu'elle en peut dire de son côté, c'est ce qu'on lui en a raconté. Au dire des époux N., elle parlait et se levait la nuit pendant qu'on la croyait endormie. La dame B. l'a seulement entendue murmurer et se plaindre en dormant ; jamais elle ne l'a vue tenir des discours, se lever, ni agir comme une somnambule. Voilà donc encore un fait incertain à nos yeux, et dont les détails nous sont véritablement inconnus.

Enfin, nous n'en savons pas davantage sur les faits énoncés dans les § 4 et 5 ; partout, dans cette affaire, le corps du délit manque totalement pour nous ; par conséquent nous ne raisonnons que sur des dires, sur des hypothèses, sur de prétendues circonstances, dont la vérité peut avoir été altérée par les rap-

ports des parties intéressées ou par des témoignages incomplets et insuffisants.

Nous avons cherché quels avaient pu être les remèdes administrés à la fille A. par le sieur N. dans la circonstance rapportée au § 4, et si, en effet, ces remèdes avaient été de nature à aggraver la maladie de ladite fille. Nous n'avons pu recueillir à ce sujet que les renseignements les plus vagues et les plus obscurs, du moins sous le rapport médical. Il nous a paru que le soupçon qui s'était élevé à cette occasion n'avait dû son origine qu'à des paroles insignifiantes en elles-mêmes, et non point à des faits réels et appréciables.

A l'égard des violences qu'on aurait employées pour magnétiser la fille A. malgré son refus d'y consentir, nous laissons au juge le soin d'apprécier ce qu'il y a de vrai dans les affirmations positives de cette fille et les dénégations non moins formelles des inculpés; nous nous bornons à rappeler ce que nous avons dit plus haut des conditions de docilité et de confiance exigées de la part des magnétisés par la plupart des magnétiseurs, pour l'efficacité des pratiques dites magnétiques. Cet emploi de la violence nous paraît être une difficulté de plus apportée au succès de l'opération, en admettant que cette opération pût avoir un effet réel.

Du reste, la fille A. nous a rapporté, en témoignage des efforts qu'elle aurait faits pour résister, et de ceux qu'on aurait déployés pour vaincre sa résistance, que ses bras avaient présenté pendant plusieurs jours des ecchymoses noirâtres, indiquant la trace des constriction exercées sur ces parties. Mais, d'après la dame B., qui a vu ces ecchymoses, elles auraient pu être produites tout aussi bien pendant les convulsions de la fille A., alors qu'on essayait de la contenir et de s'opposer à ses mouvements désordonnés.

Comme il se pouvait jusqu'à un certain point que le sommeil dans lequel la fille A. disait avoir été plongée malgré elle eût été le résultat, non pas des opérations dites magnétiques, mais

de l'action de quelques substances narcotiques qui lui auraient été préalablement administrées, nous avons tenté d'éclaircir ce point, en nous faisant rendre compte des divers modes de traitement auxquels elle avait été soumise. Aucune lumière ne nous a été fournie à cet égard. La fille A. elle-même nous a déclaré n'avoir pris aucun médicament avant d'avoir été magnétisée.

Enfin, les convulsions que cette fille a éprouvées le 18 août (§ 6) en sortant du tribunal de M. le juge de paix, ne nous ont paru avoir aucune relation nécessaire avec les prétendues opérations magnétiques qu'on aurait accomplies sur elle vingt-quatre jours avant cette dernière époque. On peut bien supposer que son état nerveux aurait été aggravé d'une manière générale par l'emploi de ces manœuvres magnétiques; mais, si elle était véritablement sujette à des convulsions, les scènes qui avaient eu lieu entre elle et les époux N., la disposition d'esprit dans laquelle elle se trouvait, peut-être même d'autres circonstances, suffisent pour expliquer cet accès nouveau, sans qu'il soit besoin de recourir, dans ce cas, à aucun autre moyen d'explication.

En résumé, de toutes les discussions auxquelles nous venons de nous livrer, et sur la question générale, et sur la question spéciale, résultent naturellement les conclusions suivantes :

1° L'influence que pourraient exercer sur la santé des hommes les pratiques du magnétisme animal n'est point un fait établi et reconnu comme certain dans l'état actuel de la science médicale. L'action d'une telle cause dans la production des effets physiologiques qu'on lui attribue, pouvant donc toujours être révoquée en doute, ne saurait, par conséquent, servir de base à une action en justice.

2° En admettant même la possibilité d'une action dite magnétique exercée par un individu sur un autre, il y aurait lieu surtout de douter que cette action pût être produite par l'expérimentateur à l'aide de la violence, et malgré la résistance du sujet à une telle expérimentation.

3° Quelque opinion que l'on adopte relativement à la réa-

lité de l'action dite magnétique, l'existence d'un fluide impondérable particulier, mis en jeu dans les opérations de cette nature, n'est qu'une hypothèse purement théorique. Ce prétendu fluide ne saurait être considéré comme une substance, comme un chose matérielle, douée de propriétés quelconques, et capable, par conséquent, d'être par elle-même utile ou nuisible à la santé.

4° Dans l'espèce, il n'est pas suffisamment prouvé que la fille A... ait été véritablement atteinte d'une maladie nerveuse, caractérisée par des convulsions de nature cataleptique, hystérique ou épileptique. Il est permis aussi d'élever des doutes sur cette disposition au somnambulisme naturel dont elle aurait donné des signes pendant son séjour chez les époux N...

5° Les accidents morbides que la fille A... aurait présentés, soit avant, soit après sa sortie de cette maison, n'ont pas été nécessairement le résultat de la nature des remèdes qui lui ont été administrés, ni des manœuvres magnétiques auxquelles elle dit avoir été soumise. Ces accidents, s'ils n'ont pas été simulés, peuvent s'expliquer naturellement par l'état général de la santé, par les émotions morales qu'elle a dû éprouver, par les circonstances diverses dans laquelle elle a été placée.

Fait à Paris, le.....

**HIPPOLYTE ROYER-COLLARD,**

Docteur en médecine, professeur à la Faculté de médecine  
de Paris, *rapporteur.*

---



---

# REVUE FRANCAISE ET ÉTRANGÈRE.

---

## JOURNAUX FRANÇAIS.

---

### I. Gazette médicale de Paris.

OBSERVATION D'HYDROPHOBIE; COMMUNIQUÉE PAR M. AUBANEL,  
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS, MÉDECIN DE  
L'HÔPITAL DES ALIÉNÉS DE MARSEILLE (25 février 1843).

MORSURE D'UN CHIEN; INCUBATION DE ONZE MOIS; PRODROMES SEM-  
BLABLES A CEUX DE TOUTE MALADIE AIGÜE; DÉVELOPPEMENT, APRÈS  
TROIS JOURS, DES PREMIERS SYMPTÔMES HYDROPHOBQUES; DÉMAN-  
GEAISON, DOULEURS, POIS GONFLEMENT SUR LA CICATRICE ET SUR  
TOUTE L'ÉTENDUE DU MEMBRE; MARCHÉ EXTRÊMEMENT RAPIDE; AC-  
CÈS DE RAGE TRÈS VIOLENTS; LÉGER COMA, MORT EN TRENTE-SIX  
HEURES.

Obs. — Je suis appelé le 17 juin 1841, à six heures du matin, rue  
Pavé-d'Amour, 8, pour voir un jeune enfant de sept ans, que l'on  
dit malade depuis quelques jours. Cet enfant, d'un tempérament  
lymphatico-sanguin, se plaignait d'éprouver un certain malaise et  
une grande lassitude dans les membres; la veille, il avait été plus  
triste que d'habitude, et n'avait pas joué comme à l'ordinaire; il  
avait aussi moins mangé; il avait ressenti quelques coliques, et on  
s'était aperçu en outre d'un peu de difficulté dans l'émission de l'u-  
rine. Je le trouve couché; mais sa physionomie n'avait rien de ma-  
ladif; il était gai, riait et s'amusait avec ses frères; la langue était  
sèche et couverte d'un enduit jaunâtre; la déglutition se faisait bien;  
les selles étaient naturelles; mais, dans la région abdominale, un  
peu au-dessus de la fosse iliaque droite, je constatai, à la pression,  
une douleur assez intense; le ventre, ailleurs, était souple et tout-  
à-fait indolore. Il n'y avait point de toux; la respiration était na-

tuelle. Il y avait un peu de chaleur à la peau, et le pouls présentait une légère fréquence. La dysurie continuait.

Cet ensemble de symptômes, quoique pouvant servir de prodromes à une foule de maladies, n'avait rien pourtant de bien alarmant; et loin de penser certainement à l'affreuse maladie dont ils étaient les avant-coureurs, j'ordonnai, sans avoir porté un diagnostic très précis, la diète, une tisane émolliente, deux lavements laxatifs, un bain chaud et une application de sangsues sur la région douloureuse (flanc droit).

Mes affaires ne m'ayant pas permis de revoir mon petit malade dans la soirée, je le trouve le lendemain à huit heures dans l'état suivant: il est conché, mais sa physionomie est calme, ses traits nullement altérés; la douleur du ventre a disparu, ainsi que la dysurie; la peau est moins chaude, mais le pouls conserve sa fréquence. En somme, l'enfant paraissait mieux, et la mère m'en témoignait sa satisfaction, lorsque, sur le point de me retirer, je demande si l'enfant avait beaucoup bu dans la nuit; on me répond qu'il avait assez bu dans la journée, mais que le soir il s'était refusé obstinément à prendre une seule goutte d'eau, disant qu'il ne pouvait l'avaler. Plus tard, les parents ayant insisté de nouveau à ce qu'il prit de la tisane, il était tombé, disait-on, dans des espèces de convulsions qui se reproduisaient toutes les fois qu'on essayait de le faire boire. On ajouta, d'après mes demandes, que le sommeil n'avait pas été tranquille, et que ces crises nerveuses s'étaient montrées plusieurs fois durant la nuit; même en l'absence de la boisson.

Ces phénomènes que je venais d'apprendre, et auxquels les parents n'avaient attaché aucune importance, me surprirent beaucoup, et j'en conçus tout de suite de vives craintes, quelque satisfaisante que fût en apparence la situation présente du jeune enfant. Mon premier soin fut de m'assurer par moi-même de ce qu'il en était: je prends un verre de tisane et l'approche du malade; tout-à-coup sa physionomie change, une sorte d'anxiété s'empare de sa figure, ses yeux s'animent, et ses mains vont à l'approche du verre pour le repousser loin de lui; en même temps, une sorte de roideur tétanique s'empare de tout son corps; la tête se porte en arrière, le tronc fortement en avant; la gorge paraît le siège d'une violente constriction, et quelques convulsions agitent les membres. Cet accès, survenu instantanément, cesse presque aussitôt par l'éloignement de la boisson; mais il se reproduit avec le même cortège de symptômes dès que je rapproche le verre de ses lèvres. L'enfant, en voyant le mouvement que je faisais pour le faire boire,

s'écriait : « Je ne veux pas boire, je m'étouffe, je m'étouffe. » — Quand il eut repris un peu de calme, je le priai de me dire s'il souffrait à la gorge, et de m'expliquer ce qu'il éprouvait quand nous essayions de le faire boire; il me répond avec beaucoup de netteté : « Je ne souffre point dans le cou; mais quand l'eau touche ma bouche, je sens à la gorge quelque chose qui se resserre et qui m'étouffe. »

Dès ce moment, le doute n'était plus permis : j'avais affaire évidemment à une hydrophobie des mieux caractérisées; mais cette hydrophobie était-elle la rage proprement dite, ou n'était-elle qu'un épiphénomène d'une autre affection? Je tenais à éclaircir mon incertitude, et à cet effet je demande à la mère s'il n'y avait point de chien dans la maison, et si jamais l'enfant n'avait été mordu. « Pardonnez-moi, me répondit la mère, mon enfant a été mordu, à Avignon, par un chien que nous jugeâmes à propos de faire tuer, quoique rien ne pût me faire croire qu'il fût enragé; mais il y a onze mois de cela, et la morsure de la jambe ayant mis à peine un mois à se cicatriser, nous n'avons plus eu la moindre inquiétude, d'autant plus que l'enfant s'est toujours bien porté depuis cette époque. » Je voulus examiner la jambe qui avait été mordue, je ne trouvai qu'une très légère cicatrice, siégeant tout près de la malléole externe, mais sans douleur ni le moindre gonflement des parties environnantes. Je n'avais pas fini mon examen, que notre jeune malade est pris instantanément d'un léger accès, tout-à-fait semblable à celui que j'avais déterminé peu de temps avant en essayant de le faire boire.

Tous mes doutes étant éclaircis, et convaincu de toute la gravité du mal, j'avertis les parents que leur enfant est atteint de la rage, que sa situation est très alarmante, et qu'avec tous nos soins il nous serait probablement difficile de le tirer d'embarras. Dieu sait s'ils ne restèrent pas atterrés, eux qui un instant auparavant se réjouissaient de le voir à peu près guéri! Je fis mettre tout de suite le malade dans un bain chaud, et j'ordonnai une application de sangsues sur la région cervicale, et un lavement huileux. Je promis de revenir dans quelques heures.

Je le revois à onze heures : l'enfant avait les traits un peu altérés et une physionomie moins calme que le matin. Il a bu à deux reprises un verre de tisane sans éprouver de convulsions; mais en ce moment et depuis une heure il n'est pas possible de le faire boire; quelques accès se sont montrés depuis ce matin; le pouls a pris une grande fréquence et paraît assez développé. La médication de ce matin ayant paru produire pendant quelques heures une légère

amélioration, je jugeai convenable de le remettre dans le bain, de lui réappliquer les sangsues, et en outre de lui faire prendre le sirop d'éther par cuillerées, et d'heure en heure une pilule composée de 15 centigrammes de sulfate de quinine et de 2 centigrammes d'opium.

Deux heures après, l'enfant ayant été pris d'un accès plus fort que les précédents, on vint m'appeler à la hâte; et quoique la crise fût terminée depuis quelques minutes, je trouve le malade encore hâletant, les traits décomposés et dans un état d'anxiété difficile à décrire; quelques mouvements convulsifs agitaient encore tous ses membres. Je constatai pour la première fois la présence d'une salive épaisse et gluante que l'enfant rejetait par une sorte de crachotement. Du reste, toutes les fonctions intellectuelles étaient parfaitement conservées. Les pilules n'ayant pu être prises, j'ordonnai deux lavements de sulfate de quinine et opium à une heure d'intervalle. Mais voyant que l'état de mon jeune malade s'aggravait d'heure en heure, je demandai une consultation d'un ou de plusieurs médecins.

M. le docteur Dor, jeune médecin très distingué de cette ville, est appelé, et à trois heures de l'après-midi nous nous trouvons réunis au lit du malade. Sa figure était pâle, fatiguée; ses traits exprimaient la souffrance et la plus grande anxiété. Il n'y avait plus de calme pour ainsi dire; les accès se reproduisaient plus souvent, et chaque fois avec une plus grande intensité. Au moment où la crise commençait, on voyait l'anxiété augmenter, les yeux devenir hagards et flamboyants, et une sorte de tremblement général s'emparer de tout le corps; puis l'enfant se soulevait et se tordait dans son lit, poussant constamment la tête en arrière, comme pour mieux respirer. Tous les muscles du cou étaient en convulsion, et l'on voyait la gorge être le siège d'une violente constriction. L'intelligence était encore intacte. Le pouls était d'une grande fréquence et avait perdu sa force; la respiration, tout-à-fait naturelle pendant la rémission, devenait fréquente et saccadée au moment de l'accès. Le crachotement continuait, et la salive devenait plus épaisse et plus gluante; il ne nous fut pas possible d'examiner le pharynx ni de nous assurer de l'existence des vésicules sublinguales signalées par quelques auteurs. Nous apprenons des parents une nouvelle circonstance qui fixa vivement notre attention: l'enfant, nous dit-on, s'était plaint depuis plusieurs heures de ressentir une vive démangeaison dans toute l'étendue du membre abdominal où existait la cicatrice de la morsure; nous constatons, en effet, une certaine douleur sur la cicatrice et un peu de sensibilité dans tout le mem-

bre. Le malade ne pouvait soulever sa jambe, et les mouvements de ce côté étaient presque anéantis. Quant à l'aspect de la cicatrice et du tissu cutané ambiant, il ne nous offrit encore aucun changement appréciable.

Mon confrère fut effrayé, comme moi, de cet ensemble de symptômes, et partagea toutes les craintes que j'avais conçues dès le matin sur l'issue de cette affreuse maladie. Le mal faisant d'un moment à l'autre des progrès si rapides, il ne nous restait pas grand espoir de sauver cet enfant; nous convinmes pourtant de continuer les lavements de sulfate de quinine, et quelques cuillerées d'éther, mais en outre de placer un vésicatoire sur le cou et un autre sur la cicatrice. Nous couvrons, en attendant, celle-ci d'un large sinapisme.

Le soir, à six heures, nous revoyons tous les deux le malade. Son état avait encore empiré; le poulx était devenu petit et conservait une grande fréquence; la respiration était suspirieuse, la voix s'était voilée, le crachotement était continu, la figure était tout-à-fait décomposée. Il n'y avait plus un seul moment de repos; les accès étaient plus intenses, duraient plus longtemps, et revenaient plus vite; quand ils cessaient, l'anxiété ne le quittait point, on le voyait comme frappé de terreur, et tremblant de voir arriver celui qui allait suivre. Il y avait dans ses membres et toute sa personne une agitation musculaire bien remarquable; il changeait à chaque instant de place, tantôt assis, tantôt couché; ses bras étaient sans cesse en mouvement; il roulait continuellement avec ses mains les couvertures et son drap de lit; il prenait son coussin, le changeait de place et l'arrangeait de mille manières pour s'y appuyer; ses mouvements étaient quelquefois si désordonnés qu'on l'aurait cru dans le délire. Mais à part un certain degré d'excitation, ses facultés mentales étaient encore intactes; car il reconnaissait toutes les personnes présentes, et il répondait avec netteté à toutes nos questions. Nous laissons les vésicatoires produire leur effet, et nous ordonnons de plus des lavements d'assa-fœtida; il ne fallait plus penser à rien faire prendre par la bouche. Nous nous séparons persuadés, mon confrère et moi, que la mort aura lieu dans le courant de la nuit.

Dès ce moment, je revois mon malade d'heure en heure; mais à chaque visite je le trouve plus altéré et les accès plus intenses. Vers onze heures du soir le mal était arrivé à son plus haut période; la voix était presque éteinte, les cris de l'enfant étaient moins aigus, les efforts musculaires avaient diminué d'énergie, et la salive, ne pouvant plus être rejetée, coulait gluante sur ses lèvres; par moment pourtant ses membres reprenaient toute leur force, et un accès

de la dernière violence avait lieu; il poussait alors des cris entre-coupés, et on aurait dit qu'il allait mourir, comme asphyxié par strangulation. L'intelligence commençait à se troubler; il reconnaissait encore tout son monde, mais il laissait échapper parfois des paroles décousues; et en proie probablement à des hallucinations, il disait à chaque instant que *l'on chassât cette poussière qui était sur son lit*. Il nous regardait quelquefois avec des yeux hagards, et il aurait voulu nous cracher à la figure, s'il avait eu la force de rejeter la salive. Le pouls en ce moment avait une fréquence extrême; le front était le siège d'une forte chaleur, et une sueur froide couvrait toute la face.

Toutes nos médications n'ayant encore produit aucun bien, je les fis cesser, et j'imaginai, sans y avoir une grande confiance, de faire prendre à mon malade une glace au citron, pensant que la forme de cette substance lui permettrait de l'avaler, et que le froid, agissant comme sédatif, pourrait en quelque sorte modifier ce spasme du pharynx. L'enfant en effet prit la première glace avec plaisir, et quoique l'ingestion en fût difficile et déterminât quelques spasmes convulsifs, il nous fut possible de lui en faire avaler deux ou trois. Il survint presque instantanément un mieux très marqué: les mouvements désordonnés cessèrent; il y eut moins d'anxiété; les idées semblèrent devenir plus nettes; en un mot, un calme bien marqué avait lieu, et il dura près d'une demi-heure. Mais alors, vers minuit, les accès reprirent toute leur énergie; les glaces furent rejetées comme les liquides; l'intelligence s'altéra de plus en plus, la voix s'éteignit tout-à-ait, un abattement extrême succéda aux accès; mais quand ceux-ci se montraient, l'enfant saisissait avec force dans ses mains tous les objets qui étaient devant lui et les serrait comme dans un étau; une véritable rage s'emparait de lui; il aurait essayé de mordre, si son oncle, qui avait conservé de l'empire sur lui ne lui avait parlé rudement toutes les fois qu'il cherchait à s'approcher des personnes qui l'environnaient. La jambe malade avait en ce moment perdu tous ses mouvements, et un gonflement manifeste occupait la cicatrice et les parties environnantes. Je quittai le malade, n'ayant plus le moindre espoir de lui être utile; il mourut en effet une heure après (deux heures du matin) dans une sorte de coma qui avait succédé à quelques accès de la dernière violence; cependant, dans son état comateux, l'intelligence n'était pas entièrement abolie, car un quart d'heure avant sa mort, il répondit par un signe de tête à une question que lui fit un de ses parents.

L'autopsie n'a pu être faite. J'ai appris seulement par les parents

que le membre malade était devenu *tout noir* et qu'il était *tout retiré*, selon leur expression. Je regrettais de ne pas avoir vu le cadavre.

Cette observation, quoique présentant quelques points assez curieux, n'offre rien pourtant qui n'ait été signalé par les auteurs, tant sous le rapport du développement de l'affection que sous celui de la rapidité de sa marche et des principaux symptômes qui l'ont caractérisée. Cependant, essayons d'en faire ressortir les traits les plus remarquables.

D'abord reconnaissons que jamais incubation n'a été plus manifeste que dans ce cas d'hydrophobie ; car qui lira les détails de cette histoire ne pourra se refuser à rattacher à cette ancienne morsure, datant de onze mois, la production des phénomènes survenus.

Cette incubation de si longue durée est certainement un des faits les plus remarquables et des plus inexplicables à la fois de toute la pathologie ; car comment comprendre qu'un virus, déposé sur une jambe, y reste des mois et même des années sans aucune manifestation. Où s'était-il logé ? Qu'était-il devenu quand la morsure a été cicatrisée ? et comment plus tard a-t-il pu déterminer cet appareil de symptômes aussi effrayants et aussi promptement mortels ? Je ne passerai point en revue les hypothèses, aussi nombreuses que variées, qui ont circulé dans la science pour expliquer ce singulier phénomène. Mais s'il m'était permis à mon tour d'en chercher une explication, je supposerais d'une manière en quelque sorte rationnelle que le virus rabique, déposé au milieu des radicules veineuses ou lymphatiques, reste emprisonné dans ces vaisseaux par suite d'un travail pathologique semblable à celui qui, survenant dans les phlébites adhésives, empêche la matière purulente de passer dans la circulation, et que, plus tard, l'oblitération venant à cesser, le virus est entraîné dans le torrent circulatoire, comme l'est le pus dans les inflammations veineuses, et va, en se généralisant comme lui, déterminer tous les symptômes de la rage proprement dite. Si cela se passait ainsi, il resterait toujours à expliquer comment ce virus, logé sous la peau, est resté si longtemps sans donner lieu à aucun phénomène local tant soit peu appréciable. M. le professeur Bréschet, dans ses excellentes recherches sur la rage, a combattu avec raison l'opinion de ceux qui prétendent que ce sont des émotions morales survenues après la morsure qui produisent l'hydrophobie, et non la morsure elle-même. Ce fait vient complètement confirmer sa manière de voir ; car jamais les parents de ce jeune malade, tant était grande leur sécurité, n'a-

vaient cru possible, et n'avaient pensé à cette affreuse maladie; l'enfant lui-même était trop jeune pour s'être affecté des conséquences que pouvait avoir la morsure qu'il avait reçue; la rage a éclaté, sans cause occasionnelle appréciable, on peut le dire, au milieu de la plus grande tranquillité d'âme, tant du côté des parents que de celui de la jeune personne qui a été atteinte par le mal.

Ignorant cette circonstance de la morsure, il était de toute impossibilité, aux premiers symptômes morbides qui se sont montrés, de reconnaître leur nature et de signaler la terrible maladie à laquelle ils étaient liés. C'étaient des symptômes mal déterminés, n'indiquant, rigoureusement parlant, aucun état morbide spécial, pouvant appartenir et servir de prodromes à une foule de maladie aiguës, mais pourtant, à cause de la douleur du ventre, semblant se rattacher plus particulièrement à une affection gastro-intestinale. Je dus agir en conséquence, et je crus avoir produit quelque bien, puisque la dysurie disparut, ainsi que la douleur qui occupait le voisinage de la fosse iliaque. Mais comment a-t-elle agi cette évacuation sanguine qui a semblé guérir cette souffrance du ventre? Nous ne pouvons le savoir, dans l'ignorance où nous sommes de la nature intime des causes qui l'avaient produite. Pourtant ne pourrions-nous pas supposer, conformément à l'explication émise ci-dessus, que cette douleur de la fosse iliaque était liée au passage du virus qui, des ramifications vasculaires ou nerveuses si l'on veut, se propagerait vers les troncs principaux? Je n'attache pas une grande importance à cette hypothèse; mais si un jour les faits de l'anatomie pathologique venaient en démontrer la réalité, il en ressortirait une indication thérapeutique d'une grande valeur, celle de tâcher d'arrêter les progrès du mal, comme on le fait pour les phlébites, en appliquant de nombreuses sangsues au-dessus du point enflammé, toutes les fois que les premiers symptômes de la maladie apparaîtraient sur la cicatrice d'une ancienne morsure.

Les symptômes observés n'ont rien présenté de bien remarquable, si ce n'est qu'une fois l'hydrophobie déclarée, ils se sont montrés tout de suite effrayants, et qu'ils ont marché rapidement vers une terminaison funeste. L'intelligence s'est conservée intacte presque jusqu'aux derniers moments de l'agonie; cette excitation cérébrale, survenue vers la fin, tenait probablement à un état de congestion des vaisseaux de l'encéphale, et le coma qui est venu terminer la scène me semble dû à plusieurs causes, aux progrès de la congestion cérébrale, à un affaissement du système nerveux résultant des grandes perturbations qu'il avait subies, et peut-être aussi à cet état d'accablement qui a dû suivre le défaut d'hématose



produit par les troubles que le spasme du pharynx avait entraînés dans les fonctions respiratoires.

Quant aux moyens thérapeutiques employés, les premiers, ne s'attaquant qu'à des symptômes dont nous ne connaissions point encore la valeur, avaient leur raison et leur indication. Mais, dès que la maladie a été déclarée, je n'ai plus eu de guide pour me diriger; j'ai fait, comme la plupart des médecins, une médecine aussi empirique que rationnelle, c'est-à-dire que, n'ayant plus aucune confiance en mes remèdes, j'ai cherché à remplir quelques indications, et j'ai employé concurremment les divers médicaments vantés par les auteurs. C'est ainsi que j'ai mis les sangsues au cou, dans l'espoir de diminuer le spasme du pharynx; que j'ai donné le sulfate de quinine et l'opium, qu'on dit avoir réussi, puis les antispasmodiques et les vésicatoires sur le cou et sur la cicatrice. Nous aurions essayé peut-être tout l'arsenal thérapeutique imaginable, si la mort n'avait pas été aussi rapide; car, pour ma part, en face d'une maladie aussi rebelle jusqu'à présent à toute médecine rationnelle, je ne reculerais devant aucun nouveau moyen, quelque empirique et même absurde qu'il parût au premier abord. Toutes nos ressources thérapeutiques ont échoué chez ce malade de la manière la plus évidente; deux seulement ont paru produire quelque bien, les sangsues sur le cou, qui, ayant diminué le spasme, ont permis au malade de prendre deux verres de liquide; la glace, qui, vers les dernières heures, sembla amener un amendement très marqué. Je n'ai pas une confiance exagérée en ce dernier moyen; mais si jamais un second cas d'hydrophobie se présentait à moi, j'emploierais de bonne heure, et non sans espoir, les *glaces de café*, prises pour boisson, et la glace ordinaire en application locale sur le cou; le froid est un puissant sédatif, et si jamais il suffisait pour faire cesser le spasme du pharynx, ne serait-on pas débarrassé d'un des premiers et peut-être des principaux éléments de la maladie?

## II. Gazette des hôpitaux.

CLINIQUE DE M. CHOMEL. — HYSTÉRIE COMPLIQUÉE D'ACCIDENTS ÉPILEPTIFORMES. RÉFLEXIONS SUR L'INFLUENCE DES RAPPORTS SEXUELS SUR L'HYSTÉRIE. (23 février 1843.)

Au n° 4 bis de la salle Saint-Bernard (Hôtel-Dieu) se trouve une jeune fille, forte et bien constituée, qui est entrée il y a huit jours dans un état presque comateux, dans une espèce d'extase. Elle était

en proie à une attaque nerveuse qui venait de l'atteindre, et dont nous allons étudier les caractères, car elle a présenté des circonstances assez compliquées pour que le diagnostic n'en soit pas facile.

A son entrée, la malade était sans connaissance; elle paraissait étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle, sans être pourtant dans un véritable coma. Comprenant qu'il n'y avait dans sa position aucun danger immédiat, qu'il ne s'agissait que d'une affection nerveuse probablement hystérique, nous abandonnâmes la malade aux seuls efforts de la nature, nous bornant pour le moment à recommander aux personnes de service la surveillance nécessaire pour prévenir tout accident. Cependant, en voyant de pareils accès chez une jeune fille aussi bien constituée et d'une apparence aussi robuste, nous avons été porté de suite à supposer qu'il pouvait y avoir autre chose dans sa maladie qu'une simple affection hystérique; et, pour nous en assurer, nous avons profité d'un moment de rémission et de calme pour questionner la malade sur ses antécédents. Voici ce qu'elle nous a appris :

Elle n'habitait Paris que depuis peu de temps, et y exerce la profession de couturière. Auparavant elle habitait la campagne. Sa maladie actuelle a débuté à l'âge de seize ans; elle en attribue le développement à la circonstance suivante : pendant qu'elle se trouvait dans les champs, loin de sa demeure, elle fut assaillie par un chien enragé, qui ne lui fit du reste aucun mal; mais elle fut saisie à l'instant d'une vive frayeur. Aussitôt rentrée chez elle, elle ressentit immédiatement dans tout son corps des mouvements involontaires irréguliers, de véritables convulsions. A la suite de ce premier accès, elle éprouva une affection aiguë avec des symptômes nerveux; cette maladie céda à un traitement approprié. Les accidents nerveux se renouvelèrent pendant environ deux mois à des intervalles irréguliers, mais toujours sans fièvre.

A dix-neuf ans, elle eut pour la première fois ses règles; et malgré l'établissement de cette nouvelle fonction, les phénomènes nerveux continuèrent et parurent même augmenter.

Ces attaques périodiques ne tardèrent pas à l'exposer, ainsi que cela arrive dans les petites localités, à l'isolement et à l'injuste mépris des habitants, ce qui la détermina à quitter son pays natal pour venir se fixer à Paris. Arrivée dans cette ville, elle entra d'abord dans un magasin comme fille de boutique; mais après quelque temps les attaques nerveuses se reproduisant fréquemment, elle fut obligée de quitter cette maison, et se décida alors à se faire couturière, état qui lui permettait de se soigner plus facilement et de se soustraire à l'inconvénient d'avoir des attaques en public. Néan-

moins les attaques continuèrent à se reproduire avec une fréquence et une intensité toujours croissantes. Nous lui avons demandé si ces attaques la prenaient indistinctement partout où elle se trouvait, malgré elle et sans qu'elle pût s'y opposer aucunement. Elle nous a répondu qu'elle en avait été atteinte dehors, en public, sans qu'elle pût s'y opposer. Elle dit que, pendant l'attaque, elle entend et voit tout ce que l'on fait et ce que l'on dit autour d'elle, mais sans pouvoir manifester qu'elle en a conscience. Au début de l'attaque, elle éprouve d'abord une douleur vive à la région épigastrique, qui remonte peu à peu vers la gorge, et lui ôte en quelque sorte la respiration : alors elle tombe sans connaissance. D'autres fois c'est un spasme qui la saisit à la gorge, qui l'étouffe, et qui donne lieu aux convulsions. Depuis l'invasion de ces attaques, son caractère a été modifié ; elle est devenue, dit-elle, très impressionnable ; la plus légère contrariété l'émue et l'expose à des accès. La menstruation semble ne pas influer notablement sur la production de ces accidents, car ils arrivent souvent au moment même de l'irruption des règles, et se continuent malgré leur durée. Après que ces accès ont eu lieu, sa bouche reste ordinairement un peu entraînée à gauche ; il y a une certaine hésitation dans la parole, en même temps les mouvements sont plus gênés, la sensibilité un peu plus obtuse. Cette diminution dans la myotilité et la sensibilité est plus prononcée dans la moitié gauche du corps que dans la moitié droite. Il lui semble qu'elle se soutient moins bien sur la jambe gauche que sur la droite. Elle a souvent un mal de tête assez vif, principalement au sommet.

Tous ces symptômes nous font croire qu'il s'agit effectivement ici d'une affection hystérique, mais compliquée de quelques accidents épileptiformes. Les attaques la saisissent d'une manière subite, au milieu de la rue, ou en quelque lieu qu'elle se trouve, sans qu'elle puisse s'y opposer ni modérer leur intensité. C'est là une circonstance qui milite en faveur d'une complication épileptique ; de là résulte aussi le soupçon d'une affection organique du cerveau qui pourrait être la cause de ces accidents épileptiformes. Il est presque sans exemple que les femmes hystériques aient des attaques au milieu de la rue ou des lieux où elles seraient exposées aux regards du public. Les attaques hystériques peuvent être volontairement ajournées, au moins le temps nécessaire pour laisser aux personnes qui en sont atteintes l'intervalle de se retirer quelque part, tandis que les attaques d'épilepsie sont instantanées et tout-à-fait involontaires.

Les attaques dont cette malade est atteinte sont donc de nature

épileptique, et par conséquent nous devons admettre qu'il existe chez elle une lésion céphalique ; car ces attaques tiennent presque toujours à la présence dans le cerveau d'une humeur ou d'un kyste comprimant certaines origines nerveuses.

J'appréhende beaucoup les suites de ces attaques épileptiformes insolites dont nous n'avons observé jusqu'ici aucun autre exemple. Cette sorte de complication ou de mélange d'hystérie et d'épilepsie n'est point rassurant du tout.

On a dit que les appétits vénériens et les besoins de l'utérus chez les femmes privées de rapports sexuels étaient une cause déterminante de l'hystérie. On a, en conséquence, considéré les rapprochements des sexes comme un remède efficace de cette affection. C'est, suivant nous, une erreur ; on voit, en effet, survenir assez souvent des attaques hystériques chez des femmes mariées ; ces attaques ne sont pas rares chez les prostituées et les femmes qui se livrent avec plus ou moins d'excès aux plaisirs vénériens. D'un autre côté, on observe fréquemment ces mêmes accidents chez les femmes qui sont en proie à une peine morale, à de vives contrariétés ; il n'est pas rare de les voir survenir chez de jeunes femmes mariées contre leur gré, ou chez des filles dont l'inclination est contrariée. On serait, par conséquent, plutôt porté à considérer l'hystérie comme étant plus fréquemment le résultat d'influences morales que de causes physiques. Enfin, il est des femmes qui tombent dans ces attaques hystériques au moment même du coït ; de sorte qu'on ne pourrait invoquer, dans ce cas, l'influence des appétits vénériens.

L'hystérie est, en un mot, pour nous, une maladie essentiellement nerveuse, indépendante de l'influence utérine, et qui pourrait aussi bien se développer chez l'homme que chez la femme, si l'impressionnabilité nerveuse était la même dans les deux sexes. Mais le tempérament différent de l'homme, son caractère plus fixe et moins vivement impressionnable, le prédisposent plutôt à l'hypochondrie, qui semble être chez lui l'analogue et en quelque sorte le pendant de l'hystérie.

Quant à notre malade, on voit manifestement que l'hystérie est produite chez elle par une cause morale, par une vive frayeur qui a ébranlé violemment son système nerveux. Nous lui avons demandé si elle avait eu des rapports sexuels. Nous avons été conduit à faire cette question par l'opinion qui domine chez le peuple, et même chez quelques médecins, que les rapprochements de sexes sont salutaires dans ces sortes d'affections. Elle nous a répondu affirmativement, ajoutant qu'elle l'avait fait d'après le conseil d'un méde-

cin. Nous ne voulons pas discuter ici la question de moralité de ces sortes de conseils, quoique cette question soit d'une haute gravité ; nous nous bornerons à dire que ces conseils sont absurdes et souvent préjudiciables sous le rapport physique comme sous le rapport moral. En effet, dès qu'on a conseillé à une jeune femme de se livrer aux rapprochements sexuels dans l'intérêt de sa santé, qui est-ce qui peut prévoir où l'entraînera cette pratique, qu'elle croira d'abord salutaire ? D'un autre côté, combien n'y a-t-il pas de femmes auxquelles ces rapprochements sont plutôt nuisibles qu'utiles ? Aussi jamais un médecin qui se respecte ne devra donner de pareils conseils.

CLINIQUE DE M. CHOMEL. — AFFECTION CHRONIQUE DU CERVEAU DATANT DE DIX ANS. ACCÈS ÉPILEPTIQUES. COMA. MORT. TUMEUR ENKYSTÉE, ET RAMOLLISSEMENT DE LA PULPE CÉRÉBRALE. (23 février 1843.)

Au n° 1 de la salle Sainte-Agnès (Hôtel-Dieu) est couché un homme d'une apparence forte et robuste, qui est affecté d'une maladie grave. Cet homme est âgé de quarante et un ans. Il y a vingt ans environ, il eut un rhumatisme articulaire très intense au bras gauche. Malgré son intensité, cette affection céda à un traitement convenable, sans laisser aucune trace apparente de lésion du cœur. Depuis dix ans, il souffre habituellement d'une douleur de tête plus ou moins vive ; quelquefois la bouche se dévie à gauche ; en même temps son bras gauche devient beaucoup plus faible que le droit. Ces symptômes, qui semblent admettre, au moins pour la céphalalgie, quelques intervalles de rémission, ont toujours augmenté d'intensité depuis quatre ans ; de sorte que, depuis cette époque, le malade est resté presque toujours sujet à une espèce d'étourdissement et une faiblesse générale, principalement dans les membres gauches, qui l'empêchaient de vaquer à ses affaires. Il y a deux ans, il fit une chute sur le flanc, assez grave pour l'obliger à garder le lit pendant deux semaines, au bout desquelles il se croyait entièrement rétabli ; mais bientôt les premiers accidents se renouvelèrent, et firent des progrès lents, mais sensibles.

Le 20 septembre dernier, il eut une diarrhée abondante avec des vomissements, la céphalalgie et les autres symptômes du côté du cerveau continuant toujours à se manifester. Sur ces entrefaites, le malade se détermina à entrer à l'hôpital Cochin, d'où il sorut peu de temps après sans amélioration notable. Il entra ainsi successivement dans plusieurs hôpitaux, et resta toujours dans le même état : il se plaignait continuellement de céphalalgie et de faiblesse.

Enfin, au commencement d'octobre il eut une attaque d'épilepsie qui se répéta à plusieurs reprises, et dans laquelle les mouvements convulsifs portaient surtout sur le côté droit du corps. Après cette première attaque, il entra dans l'Hôtel-Dieu, dans notre service.

Lors de son entrée, ses réponses étaient peu nettes, vagues, incohérentes; sa physionomie était hébétée, ses yeux hagards; il y avait un trouble manifeste dans les fonctions intellectuelles; la céphalalgie, la faiblesse du bras et de la jambe gauches continuaient à faire des progrès: la pupille, à cette époque, était également dilatée des deux côtés.

Le 1<sup>er</sup> novembre, il y eut une nouvelle attaque épileptique, pendant laquelle les mouvements convulsifs n'avaient lieu seulement que dans le bras gauche. Cette attaque fut suivie d'un état de somnolence qui dura plusieurs heures. A dater de cette époque, l'affaiblissement alla croissant; ses yeux, qui avaient été assez bons jusqu'à là, ne pouvaient presque plus distinguer les objets.

Tel était l'état de ce malade, qui se maintenait ainsi sans rien de notable depuis environ deux mois, lorsqu'à l'une des dernières visites nous l'avons trouvé plongé dans un assoupissement profond dont rien ne pouvait le retirer. Ayant interrogé la surveillante de la salle sur les circonstances de l'invasion de ce nouveau phénomène, elle nous a répondu qu'elle l'avait déjà observé plusieurs fois dans ce même état, mais pendant un court espace de temps seulement. Croyant, en conséquence, qu'il ne s'agissait que d'un assoupissement momentané tel que ceux qu'il avait éprouvés précédemment, nous quittâmes le malade sans nous préoccuper beaucoup de son état. Mais le lendemain nous le retrouvâmes dans la même position, plongé dans le même assoupissement que la veille; il était immobile et insensible à toute excitation extérieure; ses yeux étaient ouverts, mais insensibles à la lumière; le bras gauche, soulevé, retombait de tout son poids comme une masse inerte; le bras droit paraissait conserver encore un certain degré de contractilité musculaire qui amortissait sa chute. Nous essayâmes de l'exciter par de forts sinapismes promœnés sur les extrémités inférieures; mais il parut rester complètement insensible à leur action. D'après ces derniers symptômes, nous dûmes reconnaître qu'à la maladie chronique déjà existante venait de s'ajouter tout récemment un état aigu nouveau, soit une inflammation de la substance cérébrale développée autour du point de l'encéphale primitivement affecté, soit un épanchement séreux qui déterminait une compression. Nous avons donc ici tout à la fois affaire à une affection chronique du cerveau, une lésion matérielle profonde de l'hémisphère

droit du cerveau, sans que nous pussions savoir précisément s'il s'agissait d'une tumeur, d'un ramollissement de la substance cérébrale ou d'une affection chronique des membres, et à une maladie aiguë nouvellement entée sur cette affection chronique.

Après quatre ou cinq jours, pendant lesquels ces symptômes allèrent en s'aggravant, le malade finit par tomber dans un coma complet, et succomba.

L'autopsie nous révéla l'existence d'une tumeur enkystée du volume d'un œuf de poule, à parois minces, et remplie d'un liquide séreux trouble, occupant la partie antérieure de l'hémisphère cérébral gauche, mais si près de la ligne médiane qu'elle refoulait un peu le septum lucidum du côté opposé. Cette tumeur semblait partagée en deux parties : l'une, plus volumineuse, située vers la partie antérieure ; la seconde, plus petite, en arrière. On remarquait entre ces deux tumeurs une sorte d'étranglement formé par une bride qui résistait à la pression du doigt, et s'opposait à la pénétration d'une tumeur dans l'autre. Dans la plus petite, on trouvait une hydatide nageant dans le liquide séreux. La pulpe cérébrale était ramollie dans une grande étendue autour de ce kyste. Le siège de cette tumeur, si près des couches optiques et des nerfs moteurs de l'œil, nous expliquait suffisamment la perte de la vue. Mais il n'était pas aussi facile de se rendre compte de l'hémiplégie, bien que l'état de ramollissement dans lequel nous trouvâmes une grande partie de la pulpe cérébrale puisse jusqu'à un certain point l'expliquer.

**OBSERVATION DE DÉMONOMANIE. DEUX ANS DE DURÉE. GUÉRISON INSTANTANÉE, PAR LE DOCTEUR BRIERRE DE BOISMONT. (7 mars 1843.)**

Les guérisons subites dans la folie ont généralement été regardées comme fâcheuses ; le fait suivant, qui s'est passé il y a deux ans, prouve que ce pronostic est beaucoup trop absolu ; mais s'il est intéressant relativement à la thérapeutique, il n'est pas moins curieux par rapport aux questions qu'il soulève.

L'idée de la possession était fort commune au moyen-âge. A une époque plus rapprochée, elle avait encore beaucoup d'empire sur les esprits. La dissertation de M. Ch. Sauze sur les possédés de Loudoun renferme des détails fort curieux sur ce sujet. La croyance aux sorciers est très répandue dans les campagnes, et il ne se passe pas d'années que des imbéciles ou des fous ne viennent attester devant les tribunaux la vérité de ce fait.

Madame Jenny, âgée de trente-deux ans, petite, maigre, blonde,

d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatico-bilieux, avait été élevée par des mercenaires qui la maltraièrent sans motif. Pendant les courtes apparitions qu'elle faisait chez ses parents, on suivait à son égard une conduite tout-à-fait opposée : elle était accablée de caresses, fêtée, choyée, en un mot complètement gâtée. Plus tard, les principes religieux qui lui furent inculqués n'étant pas basés sur le raisonnement, firent naître en elle des scrupules ; elle ne vit dans le christianisme que le côté des fautes et des châtimens : c'était la pente naturelle que devait suivre un esprit craintif, irrésolu, dont l'éducation, bien loin de redresser la fausse direction, n'avait fait, au contraire, que la fortifier.

Parvenue à l'âge où l'on établit une jeune demoiselle, le choix d'un mari fut déterminé par des raisons de convenance. L'époux qu'on lui avait donné était riche, mais emporté, violent, querelleur. Dans la profession des armes, ou plutôt par suite de ses premiers penchans, il avait contracté l'habitude de boire. Cette passion ne fit que croître avec le temps. Alors commencèrent les scènes, les querelles, les emportemens, les violences. Un accès d'aliénation mentale vint terminer cette première partie d'un de ces nombreux drames domestiques dont nous sommes si souvent les témoins ou les confidens. Par une fatalité bien étrange, le mari fut conduit dans notre établissement.

L'éloignement de la cause amena la guérison ; mais la passion pour les liqueurs éclatait plus furieuse avec la liberté. Plusieurs années se passèrent ainsi pour la malheureuse femme dans les larmes et le désespoir ; la religion fut sa seule consolation ; elle s'y livra avec ferveur ; les défauts de son caractère devaient la suivre dans cette route, et, selon toutes les probabilités, prendre une nouvelle extension : c'est aussi ce qui arriva.

Le terrible spectacle qu'elle avait eu si longtemps sous les yeux réagit vivement sur son esprit ; elle s'exagéra toutes ses fautes : elle n'avait pas assez pratiqué les préceptes de l'Évangile ; elle avait fait des communions indignes ; Dieu s'était retiré d'elle et l'avait abandonnée à Satan. L'idée de la damnation ne la quitta plus ; à chaque instant elle répétait : Je suis damnée. Ce fut dans cet état qu'elle fut confiée aux soins d'un médecin célèbre. Une amélioration eut lieu, mais les idées fausses ne tardèrent pas à se reproduire ; la possession était son tourment habituel.

Pendant dix-huit mois, ses souffrances morales n'eurent presque point de relâche, et elles avaient tellement augmenté depuis trois mois, que la malade prenait à peine de quoi se soutenir. Sa nourriture consistait en un peu de lait qu'on ne parvenait pas toujours



à lui faire avaler. Enfin, dans les derniers jours qui précédèrent son entrée, elle refusa tout ce qu'on lui présentait : on fut obligé de recourir à l'introduction de la sonde œsophagienne.

Lorsque cette dame fut conduite chez moi, la famille ne me demanda qu'une chose, de l'empêcher de mourir de faim. Son extérieur annonçait assez la gravité de son état : sa voix était à peine sensible, sa parole traînante, son œil morne, fixe, enfoncé ; sa peau, d'un jaune terreux, sale, était littéralement collée sur les os. A chaque instant, elle était obligée de s'asseoir. Les fonctions digestives s'exécutaient mal ; elle avait des douleurs continuelles à l'estomac ; point de goût, point d'appétit. L'haleine était fétide, la langue blanchâtre, la constipation extrême, les menstrues supprimées depuis plus d'un an.

Cette dame me raconta ce qui lui était arrivé et ce qu'elle éprouvait avec beaucoup de lucidité, s'arrêtant à chaque instant, soit par préoccupation, soit par fatigue. J'écoutai avec attention son histoire ; je lui témoignai tout l'intérêt qu'elle m'inspirait. N'est-il pas, en effet, déplorable de voir les rejetons de ces intelligences d'élite, qui sont l'orgueil des nations, atteints par la folie ! Vous ne me battez pas ? me dit-elle. — Comment pouvez-vous avoir une pareille pensée ? Nulle part on ne frappe les malades. Je ne la forçai point à manger ; je cherchai seulement à gagner sa confiance. La vue de notre intérieur parut lui être agréable. Ah ! si j'avais été ainsi, je ne serais pas si malheureuse !

Le lendemain, je la fis placer à table à côté de moi, et je lui parlai d'une voix ferme : Si vous voulez rester avec nous, vivre en famille, il faut vous conformer aux usages de la maison, et obéir aux ordres qui vous seront donnés ; sinon, nous serions obligés d'avoir recours aux moyens coercitifs, et de vous mettre la camisole.

Ce raisonnement eut un plein succès ; elle consentit à prendre un potage et une pêche. Pendant plusieurs jours, cette nourriture fut la seule qu'elle put supporter ; peu à peu l'alimentation fut augmentée, sans que la malade en fût incommodée, malgré la longueur de son abstinence. — Madame J... se plaignait d'une foule de maux ; elle était brisée dans tous les membres ; l'estomac et la clavicule lui causaient d'affreux tiraillements ; son corps allait tomber en pourriture ; elle était plus méprisante que la dernière des rues ; jamais elle ne guérirait. Mais, lui faisais-je observer, vos souffrances sont celles de telle et telle dame qui ont cependant parfaitement guéri. Et moi, répondait-elle, c'est bien différent : je suis malade, et ces dames ne l'étaient point ; leurs idées étaient folles, et Dieu merci j'ai toute ma raison.

Cette pauvre dame, qui ne se croyait pas aliénée ; répétait à chaque instant du jour et de la nuit qu'elle était damnée ; son père, sa mère, ses enfants, ses frères, ses amis, moi, les miens, étions tous damnés. Concevez-vous un sort plus affreux que le mien, savoir de son vivant qu'on est damné ? Il n'y a que moi à qui cela soit arrivé. Qu'ai-je donc fait à Dieu pour qu'il me traite ainsi ? Elle passait en revue toutes les personnes de sa connaissance ; et demandait pourquoi elle était plus malheureuse qu'elles. Mes souffrances sont terribles, sans remède ; rien ne me fait plaisir.

Cette dame m'avait supplié de ne pas la médicamenter. Son état de maigreur, les nombreux traitements qu'elle avait subis, m'engagèrent à laisser agir la nature ; je prescrivis seulement six grains de calomel à diverses reprises dans son café. La maladie l'avait rendue apathique ; elle ne prenait plus soin d'elle, mettait des robes déchirées, et aurait croupi dans la malpropreté si on ne l'avait traitée comme un enfant. Lorsqu'on lui faisait des représentations sur cette conduite, elle disait : Que voulez-vous ! je suis malade ; le mouvement me contrarie ; autrefois j'étais si soigneuse, maintenant je n'ai de goût pour rien. Lui adressait-on quelque reproche, elle se désolait, disait qu'on la maltraitait ; et s'en allait.

D'après l'usage que j'ai adopté pour toutes les aliénations de ce genre, je gardais madame J... la plus grande partie du jour avec ma famille. Pendant longtemps rien n'annonça un changement dans ses idées. Lorsque je combattais ses faux raisonnements ou que je cherchais à la consoler, elle se contentait de me répondre doucement : Comment voulez-vous que je guérisse ? Ma maladie a plus de dix-huit mois ; j'ai d'ailleurs été toujours faible, délicate, sans énergie ; battue dans mon enfance par une méchante domestique, je suis, par cela même, devenue dissimulée. On m'accablait de caresses, il est vrai, chez mes parents, mais on ne surveillait point mon éducation. Actuellement je sens que je suis perdue. Que vous êtes heureux de ne pas vous occuper de tout cela ! Vous buvez et mangez, votre estomac est excellent ; vous êtes tranquille ; rien ne vous tourmente.

Souvent elle me disait : Personne n'a eu de maladie comme la mienne. — Vous croyez ? lui répondais-je ; la maladie de mademoiselle Claire était tout-à-fait semblable à la vôtre ; les mêmes expressions, les mêmes plaintes, le même désespoir. — Lisez-moi son observation, je vous prie. Elle écoutait avec la plus grande attention ; et lorsque j'avais fini : Elle a guéri ; mais moi je ne guérirai pas. Cependant elle me parlait fréquemment de cette demoiselle, et il est probable que ce souvenir n'a point été sans influence sur son esprit.

L'aspect mélancolique était toujours le même ; la malade se plaignait de douleurs épigastriques très vives. J'avais pensé que la bonne nourriture triompherait de ce symptôme ; je prescrivis des tablettes de magnésie de 3 grains chacune (15 centigr.), dont elle prit deux par jour pendant une semaine.

De temps en temps madame J... souriait ; elle restait le soir avec nous au lieu de s'aller coucher, prenait plus soin de sa toilette ; mais elle persistait à se dire damnée et à faire des lamentations continues.

Enfin, quatre mois après son admission, madame J... entra un matin dans mon appartement en souriant. Le changement de sa physionomie était si marqué, que j'en fus frappé à l'instant. Elle ne se plaignait plus ; son sommeil avait été très bon ; elle riait elle-même de ces idées de damnation auxquelles, disait-elle, elle ne songeait plus. Sa conversation était entièrement raisonnable ; sa maladie mentale, qu'elle se rappelait très bien, était devenue pour elle, du soir au matin, un simple souvenir. Les symptômes physiques avaient disparu. En peu de jours sa figure prit une autre expression ; ses traits, jusqu'alors si tristes, véritable emblème du désespoir, s'épanouirent rapidement ; la teinte jaune fut remplacée par le coloris de la santé ; les yeux perdirent leur fixité, leur immobilité ; en un mot, l'amélioration fut complète.

Cet état, qui présentait de si grands rapports avec ces passions concentrées, profondes, contre lesquelles viennent échouer les raisonnements les plus forts, les émotions les plus vives, avait donc cédé, comme les grandes douleurs, à l'action du temps et au système continu de bienveillance, mais plus encore à une modification instantanée survenue dans l'organisme, dans le mécanisme des idées. Suivant cette jeune dame, la guérison devait aussi être attribuée à l'influence qu'avait exercée sur elle une autre jeune malade d'un caractère excessivement doux et très complaisant. Cette action est possible ; mais nous croyons qu'elle a été secondée par les consolations qu'on prodiguait à la malade, par l'intérêt qu'on lui marquait, les preuves d'amitié que ne cessait de lui donner ma femme, les caresses de mes enfants, qui tous l'aimaient, et enfin les ressources du médecin qui puise dans la connaissance du caractère les moyens moraux qu'il doit employer.

Trois semaines après, madame J... rentra dans sa famille ; sa santé était excellente ; jamais elle n'avait été aussi tranquille. On prit du reste toutes les précautions pour éloigner d'elle les causes qui pouvaient la tourmenter. Depuis deux ans la guérison s'est soutenue.

L'histoire psychologique de cette aliénation est trop curieuse à suivre dans ses développements pour que nous ne lui consacrons pas quelques lignes. Madame Jenny vient au monde avec une constitution délicate, un corps frêle ; le système nerveux participe à cet état. L'intelligence, attachée par un lien mystérieux à cette misérable enveloppe, en subit les fâcheuses conséquences ; l'éducation, qui aurait pu lui donner une direction salutaire, vient ajouter aux défauts de l'organisation ! Voyez un peu comme tout s'élabore pour déterminer plus tard la folle. La volonté est brisée par les mauvais traitements ; la crainte, la dissimulation, le mensonge, sont les résultats forcés de cette éducation mercenaire. Fait-elle quelques courtes apparitions dans sa famille, la transition si brusque de ses caresses aux menaces, aux coups de sa gouvernante, doit jeter une grande perturbation dans ses idées sur la bonté, l'équité, les devoirs, en même temps qu'elle détruit toute unité dans son âme en la faisant passer par des états si opposés.

La religion aurait pu remédier aux fautes de l'adolescence ; mais basée sur des formules qui ne sont point fécondées par des instructions convenables, elle est un élément de plus pour le mal à venir ; car il est évident que cet esprit, dominé par la crainte et la terreur, exalté dans ses sentiments, ne verra dans la religion que les peines et les châtements.

Enfin arrive l'époque du mariage ; un homme se présente, il est riche, il a des titres, cela suffit : le nœud est formé pour toujours, sans qu'il soit un instant question de son caractère, de ses mœurs, de sa conduite. Qu'arrive-il ? L'intérieur devient un enfer ; les scènes se succèdent palpitantes d'émotion. Mais il faut les renfermer dans son cœur ; car le monde ne doit voir que des figures riantes, satisfaites. Des années se passent dans ces affreuses souffrances ; enfin la mesure est comblée, le mari tombe, l'ivrognerie l'a renversé.

Le père, désolé du malheur de sa famille, en butte lui-même à des actes de violence, meurt d'une attaque d'apoplexie.

Ainsi préparée par ces scènes douloureuses, cette jeune dame, qui ne pouvait puiser aucune résistance dans son organisation, dans son intelligence, dans une bonne éducation, dans une religion éclairée, devient la victime de la folie ; et comme ses idées ont toujours été dominées par la crainte, la terreur, la forme sous laquelle se produit le dérangement de l'esprit est la démence. Le traitement moral à opposer à cette maladie, contre laquelle tous les moyens physiques ont été essayés, est celui que conseille le bon sens. Plus cette dame a été malheureuse, plus il faut redoubler d'attention, de bienveillance et de bonté pour elle. Ce plan de conduite est suivi

plusieurs mois avec succès sans doute, mais il n'explique pas la modification subite qui a ramené le cerveau à son état normal. Doit-on attribuer ce changement à la conduite adoptée, à quelque idée qui a surgi brusquement? nous l'ignorons complètement. S'il y avait lésion organique du cerveau, comment a-t-elle disparu en un instant? Ces guérisons presque instantanées ne sont pas très rares dans les fastes de l'aliénation mentale; on lit dans l'ouvrage de M. Esquirol qu'une jeune fille, malade depuis plusieurs années, à l'apparition de ses règles s'écria : Ma mère, je suis guérie! Mais dans presque tous les cas de l'espèce, il y a eu une cause physique, un effort critique.

DEUX CAS DE MÉNINGITE SUIVIE DE GUÉRISON. DE LA VALEUR DES SIGNES TIRÉS DE LA STATION ET DE LA MARCHÉ DANS CERTAINES AFFECTIONS DU CERVEAU; par M. le docteur Pajot. (25 mars 1843.)

*Première observation.* — Le 23 février, on amène à la Charité le nommé Marzet (Adrien), âgé de vingt et un ans, maçon, d'une constitution assez bonne. A son entrée, la sœur de charité le prend pour un homme ivre; on est obligé de le soutenir; il vacille; ses yeux sont empreints de cette stupeur particulière aux hommes pris de vin. Il est couché au n° 14 de la salle Saint-Ferdinand.

Voici ce que ce malade présente à notre examen, le 24 février, à la visite : il est couché sur le dos; son visage est calme et respire la santé; le teint est un peu aisé, peut-être; les yeux ne sont ni plus ternes ni plus brillants qu'à l'état ordinaire; il se plaint pourtant d'une céphalalgie violente; il est, dit-il, malade depuis cinq jours. Il a continué à travailler jusqu'à midi, le 20 février; mais il a été alors obligé d'abandonner sa besogne, tant il souffrait de la tête. Si on lui demande le siège de cette céphalalgie, il indique les régions frontales et temporales. Il se plaint aussi d'une douleur à la nuque; la parole est un peu embarrassée; il hésite et fait effort pour répondre. Tous ces symptômes, sauf la céphalalgie, sont cependant assez mal dessinés, et l'on se fait difficilement l'idée que cet homme puisse être atteint d'une affection grave, à voir son visage calme, frais, ses yeux naturels, et son pouls à 70 à peu près. Mais M. Cruveilhier le fait lever, et la scène change alors d'une manière extraordinaire : le visage s'anime; l'œil devient terne, sans regard, comme celui d'un homme qui reste les yeux fixés sur un point sans le voir, ainsi que cela arrive quand on est fortement préoccupé; ses jambes plient sous lui, il chancelle, et tomberait certainement s'il n'était retenu par un infirmier; le pouls s'est un peu élevé, la respiration

est courte et fréquente; il ne peut plus du tout articuler; en un mot, il est impossible de se figurer que le malade qu'on voit debout soit le même que celui qu'on a interrogé et examiné dans son lit. Saignée abondante du pied; ventouses scarifiées sur la colonne vertébrale; lavement purgatif.

Le 25, la douleur de tête et la douleur à la nuque ont diminué; il a eu hier, dans la journée, des envies de vomir qu'il ne ressent plus ce matin. Il se plaint de bâillements fréquents; il dit y voir bien. Ce dont il se plaint surtout, c'est de ne pouvoir uriner; quelque effort qu'il fasse, il ne peut y parvenir. Son intelligence est parfaite; il nous dit qu'il se sent bien mieux, mais que son urine le gêne; il ne souffre ni dans le dos ni dans les reins; sa chaleur est modérée, son pouls à l'état normal; on n'y remarque pas ces intermittences si ordinaires dans ces sortes d'affections; la respiration se fait mieux. Tous ces symptômes d'amélioration disparaissent encore quand on fait lever et marcher le malade; la face devient d'un rouge vif; les yeux ont encore l'expression fâcheuse que nous avons signalée, et la démarche est aussi chancelante que la veille. Quand il remonte sur son lit, il se laisse retomber comme une masse inerte, et paraît absorbé. Saignée du bras de 4 à 500 grammes; scarifications le long de la colonne vertébrale. On pratiqua le cathétérisme: phosphate de soude, 45 grammes; glace de demi-heure en demi-heure pendant deux ou trois heures.

Le 27, amélioration générale; le malade dit qu'il ne souffre plus de nulle part. Hier, dimanche, on lui a appliqué deux larges vésicatoires à la partie interne des cuisses. La face est pâle aujourd'hui, la parole est encore difficile; cependant la respiration se fait beaucoup mieux; le pouls a tout-à-fait changé de nature: il est fort, dur, assez vite; il y a eu un peu de dévoiement; deux ou trois garde-robes hier. La soif est vive, ce dont il ne s'était pas plaint encore; la langue est sèche et collante. On lui commande de boire; il saisit son gobelet assez fermement, et le porte seul à ses lèvres, ce qu'il ne pouvait faire deux jours auparavant. Somme toute, l'état général est évidemment amélioré. On le laisse reposer aujourd'hui.

Le 28, il a assez bien dormi. On commence à remarquer de l'amaigrissement; on le fait lever; il ne peut marcher encore, et ses yeux sont toujours sans expression, mais quand il est debout seulement. Quand il est au lit, il est impossible à qui que ce soit de se douter de sa position; la langue est meilleure, moins sèche; le pouls a perdu de sa dureté et de sa vitesse. Le malade va à la garde-robe; les selles sont encore liquides, mais leur nombre est modéré. Limonade citrique et bouillon.

Le 2 mars, amélioration de plus en plus sensible ; ses yeux sont encore hagards quand il est debout ; il marche avec difficulté, mais il faut tenir compte du sang qu'on lui a fait perdre. Tous les autres symptômes ont à peu près disparu. Même prescription.

Le 4 mars, peu de différence entre l'état présent et celui du 2. Cependant, il peut rester assez longtemps debout aujourd'hui ; il dit qu'il sent bien ses jambes, mais qu'elles ne peuvent pas le porter. 30 centigrammes de gomme-gutte ; ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale ; un peu de vermicelle.

Le 6, il n'a plus que de la faiblesse ; pouls excellent, langue humide, aucune douleur ; va bien à la selle sans dévoiement, urine convenablement ; en un mot, ce malade entre en convalescence.

Cet état se maintient et se consolide ; ce malade sort vers le 15 mars.

*Deuxième observation.* — Au n° 13 de la salle Saint-Ferdinand, a été couché, le 26 février, le nommé Richemerch (Samuel), âgé de trente-six ans, terrassier, né en Suisse. Cet homme ne comprend pas un mot de français, mais il répond avec intelligence et précision aux questions qu'on lui adresse en allemand. Il nous dit qu'il est malade depuis assez longtemps, sans qu'il puisse préciser au juste l'époque ; que sa maladie a commencé par des douleurs de poitrine, mais qu'il toussait depuis quelque temps déjà, ce qui pourtant ne l'empêchait pas de travailler. Il a été pris, il y a quelques jours, d'un mal de tête violent, et en même temps sa douleur de poitrine a augmenté. Aujourd'hui sa face est rouge, vultueuse ; la céphalalgie est intense, la nuque est douloureuse, mais la pression n'augmente pas cette douleur. La respiration est pénible, très laborieuse ; le pouls est à 85 à peu près ; la céphalalgie a plus spécialement son siège dans les régions frontale et sous-occipitale ; il est facile de s'assurer que la respiration est toute diaphragmatique. L'auscultation constate l'absence du bruit vésiculaire en avant. Le malade a été à la selle ; on le fait lever ; il marche assez bien, et ne présente aucun phénomène semblable à ceux indiqués dans l'observation précédente. Il y a de la toux. Saignée de 350 grammes ; gomme édulcorée ; diète.

Les jours suivants, l'état du malade reste stationnaire ; le sang de la saignée est peu couenneux.

Le 2 mars, la face est moins rouge ; la tête est invinciblement renversée en arrière ; la respiration est toujours fort difficile. Nous lui disons de baisser la tête, il répond que cela lui est impossible, qu'elle est trop roide. Il a eu du dévoiement hier ; le pouls n'a pas changé ; il y a de l'engouement dans les bronches. Looch avec sirop

d'ipécacuanha, 32 grammes; ipécacuanha en poudre, 40 centigrammes; lavement purgatif s'il n'allait pas à la selle aujourd'hui; ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale.

Le 3, la douleur de tête a diminué. Il se plaignait ces jours derniers de douleurs dans les membres, surtout quand on les pressait; elles ont complètement disparu. La respiration est toujours embarrassée. M. Craveilhier croit que les pneumo-gastriques fonctionnent mal, ce qui amène par suite l'engouement bronchique que l'on observe aujourd'hui, et qui est porté fort loin. Sirop d'ipécacuanha, 30 grammes; ipécacuanha en poudre, 40 centigrammes.

Le 4, la face est toujours fort rouge. La roideur tétanique de la tête a augmenté; il lui est complètement impossible d'exécuter le moindre mouvement de flexion en avant; le malade se plaint d'avoir eu des envies de vomir; la respiration se fait mieux; l'engouement est moins considérable; cependant, on n'entend toujours pas le bruit vésiculaire en avant. Il a passé la journée d'hier absorbé dans un état de somnolence et de stupeur. La langue est blanche, sèche, la soif vive; la toux est fréquente; le pouls donne 90 pulsations. Le malade se plaint vivement d'une douleur qu'il dit ressentir dans le côté droit de la poitrine; quelquefois cette douleur se fait sentir à gauche, mais plus rarement que de l'autre côté. Saignée de 360 grammes; ventouses sèches sur la colonne vertébrale; looch avec sirop d'ipécacuanha, 30 grammes, et oxymel scillitique, 15 grammes; 60 grammes de gomme-gutte dans une potion.

Le 6, plus de céphalalgie; la roideur de la tête et du cou persiste; il se plaint d'être courbaturé, d'avoir des douleurs dans tout le corps. On le fait lever; il marche dans un état très remarquable de rigidité; il semble que toute la partie supérieure de son corps soit d'une seule pièce; il marche cependant encore avec énergie. Le purgatif a produit de nombreuses évacuations; il dit ne pas ressentir de coliques: il a rendu deux vers lombrics hier. Tisane ordinaire; on le laisse reposer.

Le 7, le malade se plaint de vertiges, de bluettes. L'état de rigidité de la colonne vertébrale est toujours aussi considérable; la percussion exercée dans cette région ne lui fait éprouver aucune douleur. Le pouls est vite et petit. La respiration se fait encore très incomplètement; on entend dans le côté droit, en avant, du râle sous-crépitant bien caractérisé. La langue est sèche, la soif vive. Il urine bien, et a eu cinq selles hier. La céphalalgie est assez considérable. Looch blanc avec kermès, 10 centigrammes; sirop d'ipécacuanha et oxymel scillitique, de chacun 15 grammes.



Les jours suivants, l'état général s'améliore.

Le 10, la face a perdu de sa coloration ; la céphalalgie a disparu complètement ; la roideur tétanique du tronc, et surtout de la tête, a considérablement diminué ; le bruit respiratoire se perçoit dans toute l'étendue de la poitrine ; il y a encore un peu de toux ; la respiration se fait certainement mieux, bien qu'elle ne soit pas encore revenue à toute sa pureté ; le malade ne ressent plus aucune douleur dans les membres. Gomme édulcorée, looch avec sirop d'ipécacuanha, deux bouillons et un potage.

Les 11, 12 et 13, l'amélioration se soutient et fait même des progrès ; la respiration seule tarde encore à revenir à son état complètement normal ; il éprouve de temps en temps quelques douleurs vagues dans le thorax ; la roideur a presque complètement disparu ; le malade reprend sa force. Gomme édulcorée, potion avec ipécacuanha et oxymel scillitique, 15 grammes de chaque.

Même médication et disparition graduelle des derniers symptômes pendant les jours suivants, jusqu'au 21, époque à laquelle le malade demande son *exeat*. Il sortira de l'hôpital ces jours-ci.

— Il est un point de ces observations qui, selon nous, présente un intérêt réel en pratique, en ce sens que c'est un élément de diagnostic qui nous paraît souvent négligé, et dont on peut pourtant tirer d'immenses lumières pour reconnaître certaines affections du cerveau, et principalement la première période de la méningite ; nous voulons parler de l'examen du malade pendant la station et la progression. La première des deux observations dont nous venons de rapporter les détails, est une preuve frappante de l'extrême importance que peut avoir cet examen dans certains cas de méningite aiguë simple.

Personne n'ignore qu'il n'est aucun des symptômes observés pendant la première période de cette maladie qui ne puisse se rapporter aussi bien à toute autre affection : la chaleur de la peau est presque naturelle, la tête seulement est un peu plus chaude ; le malade éprouve de la céphalalgie ; des bouffées de chaleur lui montent à la face au moindre mouvement ; la soif est un peu vive, la langue humide ; il y a souvent des vomissements, des douleurs dans les membres, dans l'abdomen ; le pouls est lent, irrégulier, intermittent ; la respiration se fait très inégalement. Tels sont à peu près les divers phénomènes du début de la méningite, phénomènes qui peuvent, on ne saurait le nier, jeter de grands doutes dans l'esprit, puisqu'il n'est pas de maladie où l'on ne puisse les observer, si ce n'est réunis, du moins chacun en particulier, et quelquefois plusieurs en même temps. Nous disons donc que dans cette

première période, dans laquelle l'affection ne se dessine point encore d'une manière nette et tranchée, on tirera souvent de l'observation du malade, pendant la marche, des signes qui ne permettent plus de doute sur la nature de la maladie, et nous disons de plus, que, sans cet examen des phénomènes qui accompagnent la station et la progression, on est exposé à commettre les erreurs les plus graves dans les opinions qu'on émettra sur l'état d'un sujet pris de méningite aiguë.

M. Cruveilhier nous a rendu cette vérité palpable, pour ainsi dire, en faisant lever et marcher devant nous le nommé Marzet, de la première observation. Il était impossible, en examinant avec le plus grand soin, minutieusement même, et en interrogeant le malade, il était impossible de se faire une idée exacte de la gravité de son état; il se plaignait de céphalalgie, à la vérité; mais le pouls était normal, la langue bonne, les yeux calmes, le visage un peu animé, mais dépourvu de cette expression de souffrance qui accompagne la méningite; en un mot, il y avait tout lieu de penser que l'on avait affaire à une indisposition, et non à une maladie sérieuse. Mais si l'on venait à faire lever et marcher cet homme, il se passait un changement dont il faut avoir été témoin pour bien comprendre tout ce qu'il avait d'extraordinaire. On peut dire littéralement que ce n'était plus le même malade: ses yeux prenaient cette expression que nous avons décrite; il serait tombé, s'il n'eût été soutenu; enfin, tout alors faisait penser à une affection grave du cerveau. Sitôt qu'il était recouché, il y avait un peu d'abattement pendant quelques minutes; puis son visage reprenait sa sérénité, et ses yeux leur expression habituelle.

Le sujet de la seconde observation, sans nous offrir des symptômes semblables, nous a convaincu encore de l'utilité de l'examen sur lequel nous insistons. Le phénomène le plus marqué chez lui était une rigidité très considérable de la tête et de la partie supérieure du tronc; rigidité que l'on appréciait mal, le malade étant au lit, mais qui devenait frappante, si, après l'avoir fait lever, on lui commandait de faire quelques pas. La tête semblait alors soudée au tronc dans une position un peu fléchie en arrière.

Nous appelons l'attention des praticiens sur ces faits, nous engageant à publier tous ceux que nous observerons, et qui pourraient jeter un nouveau jour sur la valeur qu'on doit attacher à l'examen de la station et de la progression dans certaines maladies du cerveau.

### III. Archives générales de médecine.

OBSERVATION D'UN CAS REMARQUABLE D'AFFECTION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, par M. GIRARD, professeur adjoint à l'École de médecine de Montpellier. (Février 1843.)

*Accès répétés de vomissements. — Constipation. — Douleurs aiguës dans toute l'étendue de l'abdomen. — Douleur du genou et de l'épaule droite. — Exaltation notable de la sensibilité générale. — Délire. — Mort.*

M. D..., avocat, âgé de trente-six ans, est issu d'une famille dans laquelle il n'existe aucune maladie grave. Il est d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une force musculaire assez considérable, d'un embonpoint médiocre, d'un teint pâle-jaunâtre, coloration commune à son père, à sa mère et à son frère; d'une humeur sérieuse, mélancolique, d'une intelligence élevée. Il avait toujours joui d'une bonne santé, sauf une migraine qui revenait souvent et qui le faisait beaucoup souffrir, et un vomissement qui le prenait tous les matins, au début de son premier repas, qu'il pouvait néanmoins continuer ensuite sans autre accident. Il n'avait jamais eu d'affections vénériennes ni de la peau.

En 1834, il fait un voyage à Bourbon, et supporte très bien la longue traversée que nécessite ce voyage. Quelques jours après son arrivée, il est pris tout-à-coup de vomissements opiniâtres, de douleurs épigastriques et de constipation. Des sangsues à l'anus, un vomitif et un purgatif ramenèrent la santé; celle-ci se maintient bonne depuis cette époque jusqu'en 1838, au mois de juillet, qu'il présente les symptômes suivants :

Après deux ou trois jours, pendant lesquels les selles furent rares et difficiles, il fut pris tout-à-coup d'une opiniâtre constipation; d'une très vive douleur à la région épigastrique et de vomissements bilieux très abondants; la pression développait de la douleur dans tout l'abdomen; le pouls, la langue et toutes les fonctions étaient à l'état normal. Le malade, quoique fort courageux d'ordinaire, s'alarmait et était fort triste. Une petite quantité d'opium et l'administration de la glace firent cesser les vomissements; la douleur diminua aussi, mais non la constipation; des lavements purgatifs n'en vinrent point à bout, et je fus obligé, vu l'insuffisance des purgatifs salins, d'en venir à l'huile de croton tiglium, qui détermina des selles très abondantes et épaisses. Cela me confirma dans l'idée

qui m'était déjà venue que les symptômes éprouvés pouvaient être le résultat d'un engouement intestinal par l'arrêt des matières dans l'intestin. Cette maladie dura en totalité une quinzaine de jours, après quoi la santé se rétablit excellente.

Le 16 juillet, la maladie se montra de nouveau : vomissements bilieux, noirâtres, abondants; vives douleurs épigastriques s'irradiant dans l'abdomen; constipation opiniâtre; pouls à 40, faible, petit; faiblesse considérable. J'appliquai des sangsues à l'épigastre qui enlevèrent la douleur; les vomissements cessèrent après l'administration de la limonade gazeuse à la glace; j'ordonnai ensuite de l'huile de ricin à haute dose (80 grammes), qui rétablit le cours des selles.

Au bout de quelques jours, la santé se rétablit encore complètement. Le 17 août, réapparition des mêmes phénomènes; seulement cette fois, il y eut de plus une douleur assez vive à l'épaule droite et une sensibilité très marquée vers les articulations des genoux, mais sans gonflement; la peau des membres inférieurs était aussi plus sensible qu'à l'état normal; le pouls, qui avait été lent le premier jour de l'accès, s'accéléra et monta jusqu'à 110, mais toujours petit. Tous ces phénomènes pouvaient encore être expliqués par la présence d'un calcul biliaire; ce fut aussi l'avis de M. Cauvière, que j'appelai près du malade. Le même traitement fut employé, et tout reentra dans l'ordre; cependant le pouls resta fréquent, l'appétit ne revint pas complètement, et la faiblesse était considérable. On aurait dit que le malade était convalescent d'une grave maladie.

Le 17 septembre, retour des mêmes symptômes, qui s'accompagnèrent, le premier jour, d'un tremblement considérable des mains avec douleur à l'épaule droite et aux articulations des genoux, mais sans exagération de la sensibilité de la peau; même traitement, excepté les sangsues à cause de la faiblesse.

Enfin, le 27 octobre, nouvelle apparition, qui fut signalée, ce même jour, par une notable difficulté dans les mouvements des mains; le malade se mit au lit. La douleur épigastrique était peu vive, les vomissements peu abondants, la constipation très forte.

Le 18, faiblesse considérable des membres inférieurs; le malade se laisse tomber en voulant se lever; il peut à peine se serrer la main; persistance de l'intelligence, céphalalgie nulle. La douleur épigastrique avait disparu; les vomissements étaient arrêtés, la sensibilité de la peau était partout normale, la difficulté des mouvements était égale des deux côtés; l'urine était rendue involontairement; il n'y avait point de suffocation. Je fais mettre le malade sur le ventre afin de parcourir la colonne vertébrale et de

m'assurer s'il n'y avait point quelque point douloureux. Cette manœuvre, qui est exécutée avec beaucoup de peine et fatigue beaucoup le malade, ne m'apprend rien. *Les purgatifs les plus forts, l'huile de croton, sont presque sans action; l'état reste le même jusqu'au 23.* La médication avait consisté dans une *application de sangsues sous les apophyses mastoïdes, une potion stibée, des pilules de musc, des vésicatoires aux jambe et entre les deux épaules.*

Le 23, il survint du délire pendant la nuit; les jours suivants ce symptôme alla en augmentant, mais c'était plutôt une hallucination qu'un véritable délire. Le malade reconnaissait les personnes qui étaient autour de lui; il suivait une idée avec une incroyable persévérance: ainsi il croyait avoir commis un suicide involontaire, et j'ai assisté à toute l'action; j'ai pu noter le moment où l'accident est arrivé, la venue du commissaire de police, les réponses qu'il faisait, l'interrogatoire du juge dans toute la séance de la cour d'assises, son plaidoyer. Eh bien! dans les moments de la plus vive agitation, quand je m'approchais de lui, il me reconnaissait, répondait à mes questions; mais ses réponses se ressentaient de l'état particulier de ses idées. Je ne parvins à calmer son agitation qu'en lui affirmant qu'il avait été acquitté. Cet état dura en s'aggravant jusqu'au 26, jour où il mourut, après avoir recouvré sa connaissance, trois heures à peu près avant l'heure fatale.

L'autopsie n'ayant pu être faite, et l'observation portant pour titre: *Un cas remarquable d'affection de la moelle épinière*, M. Girard devait présenter des raisons en faveur du diagnostic établi. Il s'applique en conséquence à rappeler, en les commentant, tous les symptômes qui se sont produits dans le cours de la maladie.

« Jusqu'au 17 août, dit-il, il n'y eut, comme je viens de le dire, rien qui prouvât que la maladie siégeait hors des limites de l'abdomen; toutefois, il faut remarquer que les douleurs embrassaient le ventre tout entier, circonstance que l'on retrouve ordinairement dans les cas de ramollissement de la moelle, d'un diagnostic beaucoup plus facile et beaucoup plus positif que celui dont on vient de lire l'histoire. Mais lorsqu'une nouvelle attaque eut lieu, je constatai les symptômes qui jusque là ne s'étaient pas présentés; il y eut des douleurs assez vives dans l'épaule droite, une sensibilité marquée de l'articulation du genou, sans changement extérieur, et enfin une exagération notable de la sensibilité des membres inférieurs. Ces derniers symptômes se reproduisirent à l'avant-dernière attaque, et enfin, à la dernière, il survint une faiblesse très considérable des quatre membres, les urines devinrent involontaires, et l'in-

*telligence, qui jusque là s'était conservée intacte, commença à s'altérer, pour ne retrouver son intégrité que peu de temps avant la mort.* Ces derniers symptômes appartiennent évidemment à une affection de la partie supérieure de la moelle épinière, peut-être aussi de la base du cerveau. »

L'auteur, procédant par analogie, cite ensuite, sans les rapporter, deux observations complétées par l'autopsie, et dans lesquelles la maladie avait éclaté par des vomissements et des coliques, et une troisième dans laquelle les vomissements avaient suivi l'apparition des premiers symptômes. Ces trois observations, qui sont recueillies dans le *Traitement des maladies de la moelle épinière*, de M. Ollivier (d'Angers), ne présentent d'ailleurs pas d'autres analogies avec celle de M. Girard. Ainsi, dans les observations citées, il s'agissait d'un ramollissement aigu, d'une myélite de la partie supérieure, tandis que notre auteur penche plutôt à croire que son malade a succombé au développement d'une tumeur qui avait comprimé la partie inférieure de la moelle allongée et entraîné les troubles convulsifs de la partie supérieure, de la partie antérieure et de la base du cerveau.

Cette observation est intéressante, à cause des incertitudes du diagnostic et de la succession insolite de graves symptômes. Regrettons, avec M. Girard, que l'autopsie n'ait pu la compléter.

Le numéro de mai contient un mémoire de M. Leuret intitulé : *Recherches sur l'épilepsie*. La suite de ce remarquable travail était annoncée pour le numéro suivant, où elle ne se trouve pas. Nous en donnerons une analyse très étendue lorsqu'il aura été entièrement publié.

#### IV. Journal de médecine.

-DE LA COMPRESSION DANS LE CAS D'HYDROCÉPHALIE CHRONIQUE,  
PAR M. TROUSSEAU. — Avril 1843.

M. le docteur Bernardin appela M. le professeur Trousseau en consultation pour voir un enfant hydrocéphalique, âgé de six mois à peu près. Les moyens les plus judicieux employés jusqu'alors n'avaient amené aucun résultat favorable ; les sutures étaient considérablement écartées ; le front, l'occipital, les deux pariétaux, étaient repoussés ; la tête avait le volume de celle d'un enfant de dix ans.

Les consultants agitèrent ensemble la question de l'application d'un bandage compressif, et il fut mis le lendemain (1).

Tout alla bien pendant plus de deux mois ; mais, sous l'influence du molimen fluxionnaire des dents, l'épanchement s'accrut rapidement, et le bandage fut changé. Les parents étaient prévenus ; ils devaient avertir le médecin s'ils voyaient des accidents nerveux. Il survint de l'assoupissement qui ne les préoccupa pas autant que cela devait le faire ; et quelques jours plus tard, tout-à-coup, il s'écoula par les parines un flot de sérosité limpide ; la tête s'affaissa subitement, et l'enfant mourut.

Évidemment, la résistance opposée par les bandelettes contre la diduction des os de la tête avait permis au liquide épanché d'agir exclusivement sur la base du crâne, et la disjonction de l'ethmoïde avait permis que l'épanchement se fit jour au-dehors.

Cet accident, ajoute M. Trousseau, aurait été évité si l'incurie des parents n'avait pas empêché le médecin d'enlever l'appareil, devenu désormais trop étroit, pour en appliquer un plus large.

---

(1) *Mode d'application du bandage dont le résultat est de contenir et non de comprimer.* — On taille des bandelettes de sparadrap de diachylon, de 8 à 10 millimètres de largeur (à peu près 4 lignes, ancienne mesure). Les cheveux ayant été préalablement coupés aussi ras que possible, on colle une première bandelette de l'apophyse mastoïde, d'un côté, à la partie externe de l'orbite du côté opposé ; on fait de même à gauche, si l'on avait commencé par le derrière de l'oreille droite ; puis on met une troisième bandelette, de la racine des cheveux en arrière jusqu'à la racine du nez, en suivant la suture longitudinale ; puis on recouvre ainsi successivement toute la tête de telle manière que les bandelettes se croisent vers le sommet. Telle est la première partie du bandage. La seconde consiste en une bandelette assez longue pour faire trois fois le tour de la tête ; on fait passer le premier tour au-dessus des sourcils, des deux oreilles et un peu au-dessous de la saillie de l'occipital ; de telle manière que toutes les extrémités des autres bandelettes dépassent la bande circulaire, de 5 à 6 millimètres au moins. Alors on replie toutes les bandelettes du premier appareil sur la bandelette circulaire, et celle-ci étant encore ramenée une fois ou deux autour de la tête, recouvre l'extrémité inégale des chefs des premières bandes, et achève la régularité du bandage.

Comme on le voit, cet appareil est aussi simple que solide ; il peut lutter avec avantage contre l'écartement des os que produit l'épanchement.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

---

### Académie des Sciences de Paris.

Séance du 24 avril 1843.

#### SINGULIER EFFET D'UN FAIBLE COURANT ÉLECTRIQUE.

M. Matteucci adresse un mémoire sur ce sujet dont nous extrayons l'observation suivante intitulée : *Note sur un phénomène très curieux produit sur un malade affecté de paralysie, par un courant électrique très faible.*

Un certain Dini, agent des biens du grand-duc de Toscane, a été atteint depuis longtemps par des fièvres intermittentes; pendant cette maladie, il a pris du sulfate de quinine à des doses très fortes. Lorsque les fièvres eurent cessé sans laisser aucune affection chronique aux viscères abdominaux, le malade commença à ressentir un affaiblissement dans les mouvements et dans la sensibilité de ses membres, ce qui finit par une paralysie complète. Depuis cinq à six mois, cette dernière maladie a été traitée avec tous les médicaments ordinaires, c'est-à-dire avec des moxas, des scarifications, des sangsues et avec la strychnine. Ce traitement a produit une amélioration sensible; la sensibilité est entièrement rétablie; les mouvements gagnent tous les jours. Il faut remarquer que la strychnine n'a produit aucune action simple sur la moelle épinière: jamais des secousses ni des contractions involontaires n'ont été excitées par ce traitement. Le médecin, homme éclairé, qui soigne le malade, et le malade lui-même, m'ont assuré que le seul effet apparent produit par la strychnine a consisté à augmenter considérablement les forces digestives. Trois ou quatre fois le traitement par la strychnine a été suspendu, et les fonctions de l'estomac se sont toujours affaiblies pour se rétablir avec l'emploi de ce médicament.

Afin d'accélérer la guérison de la paralysie, le médecin a eu recours au courant électrique. Ce courant, développé par trois couples d'une pile à colonne de Volta, a été appliqué avec l'acupunc-



ture, en introduisant une des aiguilles dans la région des dernières vertèbres dorsales, et l'autre dans le mollet d'une des jambes. Le passage de ce courant électrique a excité dans le malade des convulsions si violentes et si générales, qu'on l'aurait dit pris du tétanos. Malgré la suspension immédiate du courant, les symptômes n'ont cessé qu'après trois heures. Lorsque le médecin est venu raconter l'histoire de cet accident, malgré toute ma confiance en lui, j'ai demandé à en vérifier moi-même l'exactitude.

Aujourd'hui, 3 avril, j'ai appliqué un courant de *deux couples* et sans les aiguilles de l'acupuncture, en touchant avec les deux pôles la région des dernières vertèbres dorsales et le mollet d'une jambe. Quelques instants après j'ai vu, à ma grande surprise, s'éveiller dans tout le corps des convulsions très violentes qui m'ont effrayé et forcé à ouvrir le circuit. Ces phénomènes ont duré pendant un quart d'heure, toujours en s'affaiblissant. J'ai répété l'action du même courant en sens inverse du précédent, et les phénomènes ont été les mêmes. Lorsque les convulsions ont disparu, j'ai tenté le passage d'un courant d'un seul couple dans le bras, du coude à la main. Le circuit étant formé, les mouvements survenus ont été faibles; mais lorsque j'ai appliqué ce courant en interrompant le circuit et en le renouvelant à de très courts intervalles de temps, les convulsions se sont éveillées, non seulement dans les bras, mais encore dans tout le reste du corps. Dans le doute que l'imagination n'entrât pour beaucoup dans ces phénomènes, j'ai appliqué les deux mêmes fils de la pile sur le corps du malade, mais sans qu'ils fussent remis à la pile; le malade n'en savait rien, mais il n'a rien éprouvé non plus. Je dois ajouter que, malgré les effets si violents du courant électrique, lorsque les convulsions tétaniques avaient cessé, le malade était plus libre dans ses mouvements.

Je ne crois pas, dit M. Matteucci, que dans les annales de la science on ait mentionné un fait analogue. C'est la première fois qu'on a pu voir un courant électrique, qui à peine fait contracter une grenouille, capable d'exciter dans un homme des contractions si violentes et si permanentes.

Séance du 8 mai.

#### ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT CHEZ UNE FILLE DE VINGT-QUATRE ANS.

M. Dancel transmet de nouveaux renseignements sur un cas d'arrêt de développement observé chez une fille de vingt-quatre ans, dont il avait donné connaissance à l'Académie en 1837. Cette jeune fille, née à Morville (Manche), avec des dimensions normales, se

développa comme les autres enfants jusqu'à l'âge de trois ans et demi. A cette époque, elle cessa tout-à-coup de croître, sans que sa santé fût altérée, ni ses habitudes changées; elle persista dans la même état jusqu'à dix-huit ans et demi; elle avait alors 94 centimètres de hauteur; son moral était celui d'un enfant de trois ans et demi; à vingt et un ans, en 1840, elle grandit un peu, et la taille s'éleva à 96 centimètres. Depuis ce moment, il n'y a pas eu d'autre changement appréciable.

### Académie royale de Médecine.

Séance du 4 avril.

#### DÈS EFFETS TOXIQUES DU SULFATE DE QUININE A HAUTES DOSES.

M. Briquet a lu un mémoire destiné à répondre à un travail de M. le docteur Mélier, dans lequel ce médecin avait cherché à prouver que le sulfate de quinine à haute dose devait être banni de la thérapeutique.

M. Mélier, ayant recueilli tous les cas où les accidents sont survenus chez les malades traités par le sulfate de quinine, les a présentés comme des effets de ce médicament. Ainsi, il cite des méningites, des entérites, des pneumonies, des névroses, des hémorrhagies, des paralysies, des syncopes, et enfin des affections organiques qu'il regarde comme ayant été le produit de cette médication.

A ce sujet, M. Briquet fait observer que les effets toxiques dus à l'action du sulfate de quinine sont maintenant bien connus et bien déterminés, et il les classe en trois groupes :

1° L'ivresse analogue à celle du vin de Champagne, avec bourdonnements d'oreilles, vertiges, troubles de la vue, titubation, et quelquefois subdelirium. Ces troubles se produisent à un degré léger chez presque tous les malades, mais ils n'acquièrent d'intensité que lorsque la dose de sulfate est poussée trop rapidement. Ils cessent, du reste, fort rapidement, aussitôt qu'on suspend le médicament.

2° Les névroses convulsives analogues à celles que produit la strychnine.

3° L'état syncopal, asphyxique, avec ou sans paralysie des nerfs de l'ouïe et de l'œil.

M. Briquet admet la réalité des faits observés qui rentrent dans ces trois classes; mais il fait remarquer qu'ils sont rares en proportion du nombre infini des cas où l'on a, dans ce pays, dû administrer de fortes doses de sulfate de quinine.

## APOPLEXIE MÉNINGÉE.

M. Prus lit un mémoire sur l'*apoplexie méningée*, dont voici la substance :

Il n'est question dans ce travail que des deux sortes d'hémorragies que l'on a confondues à tort sous le nom d'*apoplexie méningée*. Seize observations détaillées, recueillies tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière, en font la base.

M. Prus a profité de ces faits pour étudier séparément les caractères anatomiques, les symptômes, la marche, la terminaison, d'une part, de l'hémorragie sous-arachnoïdienne (entre l'arachnoïde et la pie-mère), et d'une autre part de l'hémorragie intra-arachnoïdienne. Comparant ensuite les résultats obtenus dans l'étude isolée de chacune de ces deux maladies, il a signalé les différences remarquables qu'elles présentent, différences non moins importantes pour le traitement que pour le diagnostic de ces deux hémorragies. Voici ces différences :

*Caractères anatomiques.* Dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le sang provient très fréquemment d'une rupture artérielle ou veineuse. Sur 24 cas rapprochés par M. Prus, quinze fois il y a eu rupture évidente d'un vaisseau ; il n'est pas certain que dans les neuf autres cas, où la rupture a échappé aux regards, elle n'existât pas.

Dans l'hémorragie intra-arachnoïdienne, le sang est toujours le produit d'une exhalation.

Dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne, le sang, se mêlant au liquide céphalo-spinal, tend sans cesse à se répandre dans les ventricules cérébraux et dans la cavité spinale.

Dans l'hémorragie intra-arachnoïdienne, le sang ne s'éloigne que peu de l'endroit où s'est opéré l'épanchement.

Dans l'hémorragie sous-arachnoïdienne, on n'a jamais rencontré de fausses membranes.

Dans l'hémorragie intra-arachnoïdienne, on a trouvé constamment, vers le quatrième ou le cinquième jour, une fausse membrane enveloppant le caillot de toutes parts.

*Symptômes.* La paralysie du mouvement n'existe que très rarement à la suite de l'hémorragie sous-arachnoïdienne. On ne l'a observée que trois fois sur 24 cas. Ceci explique comment M. Serres, qui pensait, d'après les faits qu'il avait sous les yeux, qu'il y a toujours une rupture de vaisseau dans les apoplexies méningées, et qui conséquemment ne parlait que des hémorragies sous-arachnoïdiennes, a été conduit à établir que la paralysie du mouvement n'existe pas dans les apoplexies méningées.

Sur 8 cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, recueillis par M. Prus, il y a eu six fois *paralysie du mouvement*.

La paralysie du sentiment, quand elle existe, ce qui est rare, est très légère dans l'une et l'autre hémorrhagie.

La déviation de la bouche n'existe pas dans les hémorrhagies méningées.

La somnolence et le coma sont deux symptômes à peu près constants dans l'une et l'autre hémorrhagie.

Dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, ces symptômes ne s'accompagnent pas de délire, de fièvre et d'une sécheresse caractéristique de la langue. Ce sont là des symptômes d'arachnitis qui apparaissent fréquemment dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, vers le quatrième ou le cinquième jour, c'est-à-dire à l'époque où l'on peut constater l'existence d'une fausse membrane.

*Terminaison.* L'hémorrhagie sous-arachnoïdienne a été constamment funeste dans un laps de temps qui n'a pas dépassé huit jours.

L'hémorrhagie intra-arachnoïdienne a, dans quelques cas, permis aux malades de vivre un mois et plus. Quelquefois même elle peut guérir, le sang étant résorbé par les kystes qui l'enveloppent. M. Prus cite une observation de ce genre dans son mémoire.

*Traitement.* Dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, le traitement doit avoir pour but d'arrêter ou de modérer l'hémorrhagie; puis de prévenir ou du moins de retarder autant que possible les effets de la compression.

Dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, de nouvelles et importantes indications se présentent. Il faut que le médecin ait constamment présent à l'esprit l'état de l'arachnoïde; il faut qu'il favorise ou du moins ne contrarie pas la formation de la fausse membrane qui doit envelopper et absorber le caillot, en même temps qu'il s'opposera au développement de l'arachnitis, qui serait une redoutable complication.

### **Société de médecine pratique.**

Séance du 2 février 1842. — Présidence de M. FOUQUIER.

#### **OBSERVATION D'HYDROPHOBIE RABIQUE. DISCUSSION.**

Forget, âgé de vingt-cinq ans, natif du Mans (Sarthe), habitant Paris ou ses environs depuis dix-huit ans, tailleur de pierre, constitution robuste, santé bonne, marié depuis un an et demeurant à Champigny (Seine) depuis un mois, partit de chez lui avec

un de ses amis, le 13 décembre 1841, à trois heures de l'après-midi, pour se rendre à Paris. Ils allèrent ensemble au spectacle. Forget, qui jusqu'à ce moment s'était bien porté, fut pris d'inquiétudes, d'agitations *dans la main droite*, et plus particulièrement dans les deux premiers doigts, avec mouvements spontanés et passagers de contorsion dans tout le corps. Son camarade s'en étant aperçu, Forget lui dit qu'il n'était pas maître de ses mouvements, que sa main aurait besoin de battre quelqu'un.

Le spectacle fini, ils burent une bouteille de bière et ils couchèrent ensemble. Les symptômes s'étaient dissipés; la nuit fut calme. Le 14, ils déjeunèrent de vin blanc et d'huîtres; ils passèrent la journée à jouer au billard, et ils revinrent à Champigny. Il était huit heures du soir; Forget éprouva du malaise, sa main s'agitait comme la veille; il alla se coucher seul, sans avoir soupé. La nuit fut très agitée; le malade s'éveillait en sursaut avec une soif ardente; il se levait, se promenait dans la chambre, et essayait de boire sans pouvoir y parvenir. Plusieurs fois il parvint à porter de l'eau dans sa bouche, mais il lui fut impossible de l'avaler.

A cinq heures du matin, 15 décembre, il se rendit chez un marchand de liqueurs, et demanda un verre d'absinthe; mais à peine avait-il présenté la liqueur à sa bouche, que, saisi d'une crispation subite, il la jeta brusquement avec le verre qui la contenait. Il se fit conduire chez lui, et me demanda instamment, disant qu'il voulait me voir avant de mourir.

Je me rendis près de lui à sept heures du matin; il était en sueur, les yeux animés, la face pâle; le pouls était intermittent, les battements du cœur tumultueux. Il se plaignait d'étouffements, d'une barre oblique dans la poitrine; cependant la respiration était libre, et l'air pénétrait avec facilité et profondément dans les poumons. Les lèvres étaient rouges et couvertes d'une salive écumeuse, blanchâtre, que le malade rejetait par un crachotement continu.

Forget avait conservé toute sa raison; il était tourmenté par une soif ardente; il demandait à boire, et dès qu'on lui en présentait il entraînait dans une agitation horrible, se levait debout, se jetait à la renverse, courait dans la chambre, poussait des gémissements pénibles, s'écriant qu'il est perdu, qu'il faut qu'il en meurt; il égratigne, il cherche à mordre, tout en disant qu'il ne mordra pas. Lorsque l'accès est passé, il tombe dans la tristesse, devient affectueux, supplie qu'on lui pardonne et qu'on le guérisse.

Je pratiquai une saignée du bras de deux palettes environ; l'agitation qui surveillait à chaque instant ne me permit pas d'en extraire davantage. J'essayai d'introduire du liquide dans l'estomac

au moyen d'une seringue recouverte d'un bas noir ; mais la déglutition fut impossible ; on parvint cependant à faire avaler deux pilules d'extrait gommeux d'opium de 0,05 c. chacune, en les jetant au fond de la gorge ; il en résulta un calme de quelques heures ; mais les accidents reprirent bientôt toute leur intensité ; la nuit fut horrible.

Le jeudi, nouvelle saignée. Le malade est transporté à l'hospice de Charenton, où il arrive à midi. A deux heures il était mort.

L'autopsie faite par les médecins de Charenton ne fit découvrir aucune lésion. Je n'ai jamais vu des organes aussi sains.

Forget, dont la lucidité n'a pas été troublée un seul instant, ne s'est pas souvenu d'avoir été mordu. Mais sa femme m'a affirmé qu'il avait été mordu au doigt médius de la main droite, un an auparavant, par un petit chien qu'il avait trouvé et apporté chez lui ; ce chien avait refusé tout aliment ; il s'était couché dans un coin, et était mort deux jours après. Ces renseignements sont d'autant plus importants, que la femme Forget ne connaissait pas les détails de la maladie de son mari.

La communication de ce fait donne lieu à une discussion intéressante dans laquelle des observations analogues sont rapportées par quelques membres.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

---

### RECHERCHES

### PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES

### SUR LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

### OU CÉRÉBRO-SPINAL ;

PAR F. MAGENDIE.

— 1842. —

L'étude du liquide céphalo-rachidien doit être surtout dirigée du côté de la pathologie. L'existence physiologique de ce liquide est aujourd'hui un fait connu et accepté de tout le monde ; et si M. Ma-

gendie a raison d'accuser la tiédeur des médecins à l'endroit de sa découverte, c'est surtout en ce sens qu'on n'a encore essayé d'en tirer aucun parti pour éclairer un des points les plus difficiles de l'anatomie pathologique de l'encéphale.

Le livre de M. Magendie est divisé en deux parties : la première consacrée à l'anatomie pathologique du liquide céphalo-rachidien ; la seconde, à l'étude de ce liquide dans les maladies.

Le cerveau et la moelle épinière sont immédiatement enveloppés d'une atmosphère de sérosité, douée d'une force de pression en tous sens, qui a pour but, dans la vie fœtale et la première enfance, de garantir le développement du cerveau et la conformation régulière du crâne contre la pression du liquide amniotique et de l'atmosphère ; plus tard, d'isoler la moelle épinière des parois du conduit mobile qui la renferme, de remplir les vides qui résultent de la conformation de l'encéphale et des variations de volume qu'il peut éprouver, peut-être d'isoler les filets nerveux à leur sortie de la moelle ou du cerveau...

Le liquide C. R. a un double siège : à l'entour du cerveau et de la moelle, — et dans les cavités creusées à l'intérieur du cerveau. Le liquide extérieur est situé, non pas, comme on le dit journellement, entre l'arachnoïde et la pie-mère, mais entre les mailles de la pie-mère, qui, ainsi que l'avait déjà fait remarquer Bichat, constitue moins une membrane qu'un espace cellulo-vasculaire. Il n'en est autrement qu'à la base du cerveau et du cervelet, dans ces réservoirs de la sérosité sous-arachnoïdienne que M. Cruveilhier appelle espaces sous-arachnoïdiens, et M. Magendie confluent du liquide C. R. : seulement, outre les espaces sous-arachnoïdiens antérieur et postérieur dont parle le premier anatomiste, et qui répondent au confluent antérieur (sous la lame cendrée du troisième ventricule), et au confluent inférieur (entre les pédoncules du cerveau), M. Magendie décrit encore un confluent postérieur, le plus considérable de tous, au-dessus et en arrière du cervelet, et un confluent supérieur, en arrière, au-dessous et sur les côtés de la glande pinéale. Cette partie du travail de M. Magendie, tout anatomique, où il suit le liquide C. R. à l'entour de l'encéphale et à l'intérieur du cerveau et du mésencéphale, à travers le calamus, l'aqueduc et les divers ventricules, est remarquable d'exactitude et de clarté.

La question de l'origine du liquide C. R. ne me paraît pas résolue à beaucoup près d'une façon aussi satisfaisante. M. Magendie pense que ce liquide est uniquement fourni par la pie-mère, parce que, dit-il, la perspiration des séroses ne se fait ailleurs que par leur surface de glissement et non par leur surface viscérale ; ensuite parce qu'il

est difficile de supposer que l'arachnoïde puisse suffire à une sécrétion normale aussi abondante, par sa face viscérale, tandis que la pie-mère, presque exclusivement tissée des vaisseaux sanguins, et ayant sous ce rapport beaucoup de *ressemblance avec le tissu pulmonaire*, offre les conditions les plus favorables à une sécrétion prompte et considérable.

Ces deux raisons ne me paraissent pas avoir beaucoup de valeur. Il est clair qu'une séreuse ne peut pas sécréter par sa face adhérente; mais il n'y aurait rien d'étonnant que l'arachnoïde, présentant cette circonstance particulière d'être libre par ses deux faces, possédât en même temps un double siège de sécrétion. Pour ce qui est de la quantité du liquide normal, il n'y a aucune espèce de raison pour que la pie-mère soit plus apte à la fournir que l'arachnoïde. Pouvons-nous fixer les limites de la faculté des sécrétions des séreuses? Et nous ne trouvons nul autre exemple dans l'économie d'une collection séreuse physiologique fournie par du tissu cellulaire.

Autres raisons. Si la pie-mère fournit seule le liquide C. R. de la périphérie de l'encéphale, il faut admettre que celui des cavités cérébrales est le résultat de la sécrétion de la membrane qui les tapisse. Or, cette membrane est certainement une séreuse. Pourquoi supposer une double source à ce liquide, partout identique sans doute? S'il est le produit d'une séreuse à l'intérieur du cerveau, pourquoi lui refuser cette origine à l'extérieur de cet organe?

Voici maintenant un fait d'anatomie pathologique qui tend à rendre à l'arachnoïde la faculté que lui refuse M. Magendie. J'ai remarqué dans plusieurs cas où un épanchement de sérosité s'était évidemment effectué récemment dans l'espace sous-arachnoïdien, que les circonvolutions étaient aplaties, et la sérosité épanchée à leur surface et nullement dans leurs intervalles. D'un autre côté, j'ai remarqué que plus un épanchement de sérosité était ou paraissait ancien, plus les circonvolutions étaient profondément écartées les unes des autres. Que prouve cela?

Si la sérosité était uniquement fournie par la pie-mère, on la trouverait toujours aussi bien dans les intervalles des circonvolutions qu'à leur surface. Or, je ne crois pas qu'il soit exact de dire qu'à l'état normal la sérosité existe jusqu'au fond des circonvolutions. Les planches de M. Magendie montrent entre les circonvolutions des espaces qui n'existent pas dans la nature: ce n'est peut-être après tout qu'une de ces exagérations que l'on passe trop facilement au dessin. Mais, à l'état normal, les circonvolutions ne sont séparées qu'à leurs sommets; elles se touchent au fond des espaces qui existent entre elles. Cela ne prouve pas certainement que la première



ne sécrète pas de sérosité : il est possible que l'élasticité naturelle des circonvolutions repousse à leur surface la petite quantité de sérosité que pourrait incessamment sécréter la lame mince de tissu cellulaire dont les anfractuosités sont tapissées. Mais dans les épanchements aigus, ce liquide, abondamment et rapidement sécrété, devrait les séparer. Or, il en est tout autrement, et ces épanchements, en se rapprochant et en aplatissant les circonvolutions de dehors en dedans, semblent montrer que la sérosité qui les forme est alors fournie par l'arachnoïde (1). Dans les épanchements anciens, au contraire, on comprend comment la sérosité, par sa présence habituelle en plus grande quantité qu'à l'état normal, et par sa propre pesanteur, doit pénétrer peu à peu entre les anfractuosités et les maintenir écartées, et cela d'autant plus facilement que très souvent, chez les vieillards en particulier, cette augmentation graduelle du liquide C. R. est liée à un amincissement des circonvolutions.

Quelle que soit la valeur réelle de ces observations, il n'en est pas moins certain pour moi que M. Magendie n'a nullement résolu la question de la source du fluide C. R., et jusqu'à ce que de nouveaux faits ou de nouveaux arguments nous aient révélé une origine plus spéciale de ce liquide, je croirais devoir le regarder comme le produit de la commune perspiratoire du feuillet arachnoïdien et du tissu cellulaire sous-séreux.

Cette discussion nous amène tout naturellement à la partie de cet ouvrage consacrée à l'étude pathologique du liquide C. R. Cette seconde partie, aussi considérable en étendue que la première, est loin d'offrir autant d'intérêt : ce n'est guère, en effet, qu'une exposition méthodique de diverses espèces de modifications que peut éprouver dans les maladies le liquide C. R., sans qu'aucun fait ni aucune réflexion vienne ajouter à ce que l'on savait déjà, ni éclairer en rien les points demeurés obscurs dans cette étude. C'est ainsi que les observations de tumeurs des méninges, considérées comme causes de l'augmentation du liquide C. R.; que les observations d'accroissement de volume, par une cause quelconque de l'encéphale, destinées à faire voir comment la quantité normale du liquide C. R. diminue proportionnellement; que les observations d'hémorrhagie cérébrale avec rupture du foyer dans les ventricules ou au-dehors du cerveau, pour montrer comment du sang peut se

---

(1) M. Magendie rapporte lui-même, p. 102, une observation d'accumulation subite du liquide C. R. (*apoplexie séreuse*) de la périphérie. Une couche de sérosité de 7 millimètres d'épaisseur séparait l'arachnoïde de la superficie du cerveau; les circonvolutions étaient aplaties.

mêler au liquide C. R., ne présentent rien de neuf ni de particulier. N'eût-il pas été plus intéressant d'étudier ces épanchements séreux qu'aucune production organique ni aucune diminution de volume de l'encéphale n'explique; d'étudier ces épanchements de sang qui, sans lésion de la pulpe cérébrale, se font dans la cavité de l'arachnoïde, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, peut-être dans les ventricules? L'influence que la congestion sanguine cérébrale peut exercer sur la quantité du liquide C. R., question si intéressante, est encore à peine étudiée. On ne trouve rien non plus qui puisse aider à résoudre ce problème si difficile: Étant donnée une certaine quantité de sérosité infiltrée dans la pie-mère, en déterminer le caractère physiologique ou pathologique, l'origine, et surtout la date. Quelle source fréquente d'embarras, en effet, lorsque, le liquide infiltré dans la pie-mère paraissant excéder la quantité habituelle, il faut répondre à ces questions!

Mais ce n'est pas tout. M. Magendie affirme que toutes les accumulations de liquides à l'intérieur du crâne ou du rachis ne sont que des modifications accidentelles ou morbides de ce liquide: « C'est ce qu'il nous sera facile, ajoute-t-il, d'établir par des faits. » Cette proposition me paraît manquer d'exactitude, et mérite de nous arrêter encore quelques instants.

Il est arrivé que, par une singulière préoccupation sans doute, M. Magendie, dans ce livre exclusivement consacré à l'étude physiologique et pathologique des méninges, n'a pas fait la moindre mention de la grande cavité de l'arachnoïde, — sauf une fois, cependant, et cela pour mettre en doute son existence comme cavité, comme poche séreuse (1). Je ne conçois pourtant pas comment on peut

---

(1) Je cite textuellement une note de la page 15 du livre de M. Magendie: « Je suis loin d'être convaincu par mes dissections que l'arachnoïde se réfléchisse sur la dure-mère pour donner à cette membrane son aspect lisse et brillant. Rien ne s'oppose à ce que la face interne de la fibreuse cérébrale ne soit polie, lisse, et en tout semblable à celle d'une séreuse. En cherchant à séparer par le scalpel l'arachnoïde réfléchie ou prétendue telle, on arrive à partager la dure-mère assez facilement en plusieurs lamcs; mais quelque minces, quelque voisines de la face interne qu'elles soient, elles conservent toujours le caractère fibreux, c'est-à-dire qu'elles sont opaques, nacrées, et qu'elles offrent une résistance de beaucoup supérieure à celle d'une séreuse véritable, et particulièrement du feuillet cérébral de l'arachnoïde. Il serait intéressant de reprendre sous ce point de vue l'histoire des séreuses, en laissant de côté toute idée scolastique préconçue; mais rien n'est plus difficile que de dépouiller notre esprit des erreurs qui, sous le nom de vérités, s'y sont introduites dès nos premières études. »

isoler d'une façon absolue l'étude de la cavité arachnoïdienne de celle de la cavité sous-arachnoïdienne. A l'état normal, la grande cavité de l'arachnoïde contient ou paraît contenir du liquide comme la cavité sous-arachnoïdienne, bien qu'en moindre quantité. Sur plus de 300 autopsies de l'encéphale faites surtout chez des vieillards, j'ai à peu près constamment trouvé une certaine quantité de sérosité dans la première, lorsqu'il en existait dans la seconde. En outre, j'ai encore vu que la quantité de ce liquide suivait une progression analogue à celle du liquide C. R., s'accroissant lorsque cette dernière était accrue, soit chroniquement, soit d'une manière aiguë.

Qu'a vu sous ce rapport M. Magendie, soit chez les animaux vivants, soit dans ses autopsies cadavériques ? que pense-t-il à ce sujet ? c'est ce qu'il n'a pas voulu nous apprendre. Mais il nous dit que tous les épanchements de sérosité qui se font dans le crâne dépendent du liquide C. R. ; — d'autres personnes en ont cependant rencontré de ces épanchements dans la grande cavité de l'arachnoïde. Sans en chercher d'autres exemples, je citerai les faits rapportés dans l'article *Hydrocéphale chronique* de M. Breschet dans le Dictionnaire de médecine. Si dans un grand nombre d'observations répandues dans la science il y a ou l'on peut craindre qu'il y ait confusion entre la cavité de l'arachnoïde et l'espace sous-arachnoïdien, on peut se fier sous ce rapport à M. Breschet. Or, M. Breschet cite des observations d'hydrocéphale où l'épanchement séreux avait son siège dans la cavité de l'arachnoïde. Aucun doute ne peut s'attacher à ces faits ; l'auteur a soin de noter que dans ce cas il avait trouvé le cerveau rudimentaire ou refoulé à la base du crâne par le liquide épanché, enveloppé et caché par beaucoup de vaisseaux et de tissu cellulo-vasculaire, c'est-à-dire la pie-mère. Si je me permets de citer, après ce savant anatomiste, un cas où j'ai vu un épanchement subaigu de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde, qui contenait, au-dessus de chaque hémisphère, près d'un demi-verre de liquide, c'est qu'on ne peut, après tout, rien garantir avec plus d'assurance que sa propre observation.

Il est donc bien certain que les accumulations de liquides qui se font dans l'intérieur du crâne peuvent avoir leur siège dans la cavité de l'arachnoïde. On ne sait d'ailleurs pourquoi il n'en pouvait être ainsi, puisque l'on observe dans cette même cavité des épanchements de sang et de pus.

Le défaut d'espace m'empêche de poursuivre plus loin cette analyse. Que M. Magendie me pardonne ces observations : son nom possède une trop grande et trop juste autorité pour qu'il n'y ait

grand danger à laisser une idée douteuse ou, si j'ose le dire, erronée, s'abriter sous son illustration. Tout a été dit depuis longtemps sur le mérite et l'importance de travaux que cet ouvrage reproduit et développe d'une manière très remarquable. Mais si la science doit beaucoup à M. Magendie pour les études qui lui ont permis de tracer aussi complètement l'histoire physiologique du liquide céphalo-rachidien ; si les personnes qui s'occupent avec attention de la pathologie de l'encéphale savent surtout combien sont précieuses les notions physiologiques dont il a enrichi cette partie de la médecine, exprimons encore le regret que ce savant professeur n'ait pas apporté dans l'étude pathologique de ce liquide cette sûreté d'investigation, cette richesse d'aperçus ingénieux, cet esprit d'induction brillant, qui en ont fait un de nos premiers physiologistes.

DURAND-FARDEL.

## TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA FOLIE,

**PAR M. PARCHAPPE,**

*Médecin en chef de l'asile des aliénés de la Seine-Inférieure, professeur de physiologie  
à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.*

### DOCUMENTS NÉCROSCOPIQUES.

A Paris, chez Béchot jeune et Labé, place de l'École-de-Médecine, 4.  
1841. 1 vol. in-8, 400 pages.

L'anatomie pathologique n'a pas peu contribué à éclairer l'histoire des maladies mentales. Elle est loin, il est vrai, de nous avoir fait connaître la mystérieuse nature de l'entendement humain et de ses nombreuses aberrations ; mais devons-nous lui demander plus qu'elle ne peut donner ? Non certes ; sachons seulement l'interroger et mettre à profit ses enseignements, nous ne les trouverons pas stériles.

Les courtes réflexions qui précèdent nous sont suggérées par l'ouvrage de M. Parchappe. Son travail, fruit de consciencieuses recherches, n'est nullement étranger aux nouveaux progrès de la science des maladies mentales. En effet, s'il est vrai que les auteurs qui ont précédé M. Parchappe aient compris comme lui l'impor-

tance de la question relative aux altérations encéphaliques chez les aliénés, nul n'en a poursuivi la solution avec une persévérance aussi louable, et avec des résultats aussi positifs, aussi satisfaisants. M. Parchappe ne se borne pas à noter les nombreuses altérations cérébrales que peut révéler l'ouverture des corps des aliénés; mais il a le premier introduit l'usage d'une méthode d'examen dont il a reconnu l'utilité; elle consiste à déterminer, par la balance et la mensuration, le volume et le poids du cerveau, pour juger leur influence sur cet organe sous le rapport physiologique et pathologique. Quand il est question d'apprécier l'état normal ou anormal d'un organe à structure aussi délicate que l'est celle du cerveau, on ne saurait trop s'entourer de moyens d'exploration propres à nous éclairer: aussi, grâce à la précision de ses recherches, M. Parchappe a su donner à ses résultats nécroscopiques une valeur toute positive, et dissiper un peu de cette obscurité qui règne encore sur plusieurs points de l'anatomie pathologique de la folie. Observer attentivement les phénomènes divers que les maladies mentales présentent dans leur cours, explorer scrupuleusement toutes les altérations que révèle l'ouverture des corps; puis grouper ces nombreuses observations suivant les rapports qui lient entre elles les lésions symptomatiques et les lésions matérielles, afin de mieux déterminer leur valeur, telle est la tâche que M. Parchappe a entreprise; tel est le problème qu'il s'est posé et qui a été l'objet principal de ses travaux. Sans doute M. Parchappe n'a pu arriver à la solution complète de ce difficile problème; mais nous devons avouer qu'il en a simplifié les éléments, et que ceux qui s'en occuperont après lui auront appris à marcher dans une voie plus sûre et plus féconde en résultats vraiment scientifiques. Désormais, la question anatomo-pathologique de la folie ne se borne plus à attendre l'énumération vague et générale de nombreuses altérations rencontrées dans le cerveau ou dans ses enveloppes; elle exige que ces altérations soient établies et déterminées suivant les principales formes ou les divers degrés des maladies mentales. Ces altérations, en effet, ne doivent-elles pas varier suivant la diversité des maladies, leur état aigu ou chronique, simple ou compliqué, leur intensité et leur étendue, etc., etc.? Le problème à poser et à résoudre pourrait donc se formuler ainsi qu'il suit: une maladie mentale étant donnée, déterminer *a priori* l'altération anatomique qui en est l'expression, *et vice versa*. La pathologie cérébrale est loin, dans l'état actuel de la science, de pouvoir répondre à la question qui vient d'être posée; mais c'est vers sa solution que nous devons diriger nos efforts; c'est vers ce but que

M. Parchappe a marché, et ses observations nécroscopiques l'ont conduit à des données plus précises que celles qu'avaient obtenues ses devanciers.

Ne pouvant entrer dans tous les développements que comporterait l'analyse de l'ouvrage de M. Parchappe, nous n'en donnerons ici qu'un court aperçu. D'ailleurs, l'ouvrage dont il est question doit être lu avec beaucoup d'attention, parce qu'il ne le sera pas sans fruit.

Trois cent vingt-neuf observations constituent la riche collection des faits recueillis par M. Parchappe dans le vaste et bel établissement dont il est le médecin en chef.

Ces observations ont été, comme il a été déjà dit, classées en diverses catégories, suivant les différents genres ou les différentes formes de l'aliénation mentale. L'auteur établit trois divisions principales dans la folie : elle est *simple*, *composée* ou *compliquée*. La folie simple est considérée sous la forme aiguë et chronique. La première affecte un état maniaque ou mélancolique ; la seconde peut s'offrir aussi sous ces deux états différents, mais elle se caractérise particulièrement par l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles. La folie *composée* comprend, pour M. Parchappe, celle qu'il désigne sous le nom de paralytique et d'épileptique ; enfin, à la folie *compliquée* se rattachent les affections cérébrales diverses, telles que la méningite, le ramollissement cérébral, l'hémorrhagie cérébrale, etc., qui en sont une complication. Chacune des divisions ou sous-divisions mentionnées renferme un nombre variable d'observations, dans lesquelles les lésions cérébrales fonctionnelles sont mises en regard des lésions matérielles notées à l'autopsie, et donne lieu à un résumé général sur la valeur de ces altérations.

Nous ne dirons rien des divisions établies par M. Parchappe ; nous pensons que cette classification de la folie n'a pour lui qu'une valeur de circonstance, et qu'il l'a adoptée comme lui paraissant la plus propre à embrasser les diverses observations qu'il a recueillies, et à mettre en évidence la valeur de leurs résultats. Passons aux conséquences nécroscopiques.

Un des premiers résultats signalés par M. Parchappe, est celui-ci : dans la folie, le délire aigu ou chronique, général ou partiel, peut exister sans que l'autopsie révèle dans le cerveau aucune trace de son existence. Toutefois, ajoute l'auteur, ces cas sont rares, exceptionnels, et se rencontrent surtout lorsque le délire n'a pas persisté jusqu'à la mort. Sauf ces cas rares, M. Parchappe a constamment trouvé dans le cerveau des aliénés de nombreuses alté-

ratious; mais il ne suffisait pas de constater ce dernier résultat, il fallait chercher à savoir si les maladies mentales dépendaient toujours des altérations observées. Or voici les principales conclusions exprimées par M. Parchappe.

La condition matérielle et pathologique de la folie ne peut être reconnue et n'est incontestable que pour la folie paralytique. La folie simple, soit aiguë, soit chronique, générale ou partielle, ne s'est pas montrée dépendante d'une altération constante et identique. Toutefois, il est certaines lésions, dans les cas de folie aiguë et chronique, qui méritent par leur fréquence d'être regardées comme la condition organique et morbide de ces deux genres de maladies.

Les recherches nécroscopiques relatives à l'épilepsie n'ont pu faire connaître la cause de cette affection. Tout en retraçant les altérations qui paraissent propres aux divers genres de folie, cette dernière considération trouve aussi son application dans les catégories de folie compliquée de méningite, d'hémorrhagie, de ramollissement cérébral, etc.

Résumant les conclusions capitales et relatives à l'anatomie pathologique de la folie, nous allons faire connaître les altérations encéphaliques qui constituent ou paraissent constituer, pour M. Parchappe, la condition organique et morbide des formes principales de la maladie qui nous occupe :

1° Folie *aiguë*. Hypérémie; ecchymoses sous-arachnoïdiennes; coloration rouge et ramollissement superficiel de la substance corticale du cerveau. (Lésions à peu près constantes.)

2° Folie *chronique*. Décoloration, induration de la substance corticale du cerveau; atrophie de cet organe. (Lésions à peu près constantes.)

3° Folie *paralytique*. Ramollissement de la couche moyenne de la substance corticale du cerveau. (Lésion constante et caractéristique.)

Voilà les faits les plus précis qui ressortent du travail de M. Parchappe; mais ces faits ne sont pas les seuls qu'on doive remarquer: on trouvera dans l'ouvrage de ce patient et habile observateur des matériaux qui, réunis à de nouveaux éléments, contribueront à éclairer plusieurs points de l'histoire des diverses folies comprises sous différentes dénominations: manie, mélancolie, érotomanie, stupidité, etc.

Nous passons aussi sous silence la deuxième partie, qui renferme d'intéressantes observations d'imbécillité, d'idiotie, et les nécropsies de quelques suppliciés. — Ces dernières sont rapportées par

l'auteur comme complément de son travail et comme objet de comparaison dans l'appréciation de l'état normal et anormal du cerveau. De plus, si nous n'avions pas craint d'être entraîné trop loin, nous n'aurions pas négligé de dire quelques mots sur les recherches de M. Parchappe concernant le poids et le volume du cerveau, recherches qui l'ont conduit à poser la loi suivante, savoir : que cet organe décroît en raison de l'affaiblissement graduel des facultés intellectuelles.

Au reste, l'ouvrage de M. Parchappe n'est que l'annexe et, pour ainsi dire, l'introduction d'un traité complet théorique et pratique de la folie ; traité que ce savant médecin se propose de publier prochainement. Nous trouverons sans doute dans le livre annoncé bien des développements physiologiques et pathologiques qui n'ont pu trouver une place dans le travail que nous venons d'esquisser. D'ailleurs, nous hésiterions, dans ce moment, à discuter l'existence ou la valeur des altérations encéphaliques constatées par M. Parchappe dans la folie, soit aiguë, soit chronique, surtout dans la folie compliquée de paralysie générale. Les résultats obtenus par notre estimable confrère attirent pour nous des observations nouvelles ; d'après lui, les circonvolutions cérébrales ont la plus grande part à la manifestation des facultés qui président à l'intelligence et au mouvement. C'est une adhésion de plus à l'opinion de Gall, soutenue depuis avec talent par M. Foville. Ajoutons que la structure si compliquée de la couche corticale, démontrée par M. Baillarger, est désormais un argument de plus à invoquer à l'appui du même fait.

Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus par M. Parchappe, n'auraient-ils pas une valeur définitive, n'en doivent pas moins être considérés comme résumant, d'une manière plus précise et plus positive qu'on ne l'avait fait jusqu'à ce jour, l'état actuel de la science sur l'anatomie pathologique de la folie. Ils serviront, en outre, de guide précieux à tous ceux qui se livreront à de semblables recherches.

D<sup>r</sup> CHAMBERT.



## MÉMOIRE

SUR

LES CONSTRUCTIONS PROJETÉES A L'HOSPICE DES ALIÉNÉS  
D'AUXERRE;PAR LE D<sup>r</sup> HENRI GIRARD,

Médecin en chef de cet établissement.

La loi de 1838, en décrétant la formation d'établissements spéciaux pour les aliénés dans les chef-lieux de départements, a donné une impulsion nouvelle aux études des médecins. On a vu éclore de tous côtés des projets qui attestent les études consciencieuses de leurs auteurs. De bons travaux existant déjà sur la matière, M. Esquirol, dans un rapport au ministre de l'intérieur, appelait dès 1818 les sollicitudes de l'administration sur ce point important. M. Guislain, dans son bel ouvrage *De l'aliénation et des aliénés*, ajoutait aux travaux de notre maître de nouvelles idées et de nouveaux plans. L'ouvrage de M. Serres sur les aliénés contient aussi d'intéressants documents.

En 1834, la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles mettait au concours cette question : Indiquer l'exposition, l'emplacement, la distribution, la direction matérielle, hygiénique et médicale les plus convenables pour l'établissement d'un hospice d'aliénés. Nous fûmes assez heureux pour obtenir les suffrages de cette honorable Société, et notre mémoire parut dans le tome xvi des *Annales d'hygiène publique*.

M. Desportes, Bottex et l'auteur du mémoire, ont également publié des documents utiles qui complétèrent nos connaissances sur les constructions d'établissements d'aliénés.

On a beaucoup discuté sur la question de savoir si ces édifices devaient être limités à un seul étage. Nous croyons que la pratique a résolu affirmativement cette question, à laquelle l'économie avait d'ailleurs opposé des obstacles invincibles. La difficulté est facilement levée à l'aide d'un classement convenable. Avec la réunion des deux sexes, l'exécution d'un pareil plan exigerait de trop grands frais.

Mais il y a une autre objection qui ne nous paraît pas moins concluante, c'est celle de la difficulté de la surveillance sur une aussi vaste échelle. D'après les connaissances que nous avons du traitement des aliénés, moins leur nombre est considérable, plus les chances de succès sont grandes. Comment parvenir à un résultat heureux, lorsqu'on aura à visiter des centaines de malades, disséminés sur une vaste étendue de terrain? — Si, comme nous en sommes persuadés, la cure morale de la folie repose sur l'emploi judicieux de l'association des idées, peut-on se servir convenablement de ce levier puissant dans les grands hôpitaux? C'est à peine si l'on peut jeter un mot en passant à chacun des malades.

La division proposée par M. Girard nous paraît le résultat d'une bonne classification. Le plan qu'il a donné à la fin de son livre la fera d'ailleurs parfaitement comprendre. Ce médecin pense comme nous que les bâtiments doivent être à un étage, surmontés de combles. Cette disposition, outre les avantages qui ont été signalés, permet, en effet, d'y transporter temporairement les malades, afin d'approprier les salles et de blanchir les murs des étages inférieurs, comme cela se pratique en Angleterre au printemps et à l'automne. On a proposé de chauffer ces établissements à la vapeur d'eau au moyen d'un système qui servirait tout à la fois à préparer l'eau pour les bains, et à porter, par les conduits de tuyaux en fonte, de la chaleur dans les rez-de-chaussée. Ce mode de chauffage, suivant M. Girard, l'emporte sur les calorifères, parce que les tuyaux en fonte vicient les qualités de l'air et fatiguent le système nerveux. A cela, nous répondrons que l'expérience est le meilleur juge des systèmes, et que nous connaissons plusieurs établissements qui ne sont chauffés qu'avec des calorifères, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient.

Nous ne terminerons point cette courte analyse sans ajouter, avec MM. les commissaires de l'Académie de Lyon, que le mémoire de M. Girard est le travail d'un homme instruit qui est digne de la place qui lui est confiée, et que tous les hommes compétents consulteront avec fruit.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

## RÉPERTOIRE

## D'OBSERVATIONS INÉDITES.

## FIÈVRE TYPHOÏDE SIMULANT L'ALIÉNATION MENTALE.

18... , âgée de vingt-trois ans , demoiselle de magasin , à Paris , est entrée , le 31 janvier 1841 , dans le service de M. Milivié. Cette jeune fille habitait Paris depuis trois ans ; elle y était venue après la mort d'un jeune homme qu'elle aimait et qu'elle devait épouser , espérant trouver dans les occupations d'une maison de commerce une diversion aux chagrins qu'elle éprouvait. Elle était depuis ce temps habituellement triste. Mensuration irrégulière , toujours accompagnée de douleurs. Il n'y a pas d'aliénés parmi les parents.

Au mois d'octobre 1841 , suppression des règles. Le 5 ou le 6 janvier 1842 , la malade quitte la maison de commerce où elle était par suite de contrariétés. Sa santé n'avait encore subi aucune altération.

La maladie a débuté le 18 janvier.

Pendant trois ou quatre jours , céphalalgie frontale , très grande faiblesse , sorte de stupeur , parole lente , réponses difficiles , insomnie , pas de délire , pas d'épistaxis.

Le troisième ou le quatrième jour , application de vingt sangsues aux cuisses. Quelques heures après l'application des sangsues , délire général , convulsions. Deux médecins déclarent la malade aliénée et hystérique ; ils engagent les parents à la placer dans une maison de santé.

Pendant cinq ou six jours , on se borne à donner des tisanes ; le délire continue. La malade dit qu'elle va mourir , qu'elle a déshonoré sa famille ; elle s'accuse d'avoir volé. Insomnie , agitation , eris , etc.

Entrée à la maison de santé de M. Dubois le 28 janvier , elle en sort le 31 janvier pour être conduite à la Salpêtrière comme aliénée. On ignore quel traitement a été fait à la maison de santé. Le délire avait continué ; la malade avait cherché à se jeter par la fenêtre.

Je copie textuellement la note mise sur le cahier à l'entrée de la malade à la Salpêtrière , par l'interne de service :

« Mélancolie sans paralysie du mouvement ni du sentiment. Cette femme sort d'une maison de santé , où elle a été très malade. Faiblesse très grande , pas de céphalalgie , insomnie , tristesse , hallucinations de l'odorat. Elle dit sentir une odeur insupportable , une véritable peste. »

Je ne vis la malade que le 3 février , elle était dans l'état suivant :

La malade est très agitée ; on a été obligé de mettre la camisole de force ; le délire est général ; on obtient cependant quelques réponses aux questions qu'on fait. Tout ce qui se dit autour de la malade est bien compris par elle. Ainsi , entendant prescrire des remèdes , elle se plaint que ses parents ne pourront pas payer. On cherche en vain à lui persuader que

cela ne leur coûtera rien, elle répète : Je sais bien que vous ne donnez pas cela pour rien, etc. Elle prétend qu'elle n'a pas de bouche, qu'elle n'a pas de langue, etc.

Les pommettes sont rouges et chaudes, les yeux brillants, injectés, agités de temps en temps de mouvements convulsifs; dents très fuligineuses; langue sèche, commençant à se noircir au milieu; peau chaude; pouls petit, très fréquent (120 pulsations); soubresauts des tendons presque continus. Quand la malade veut montrer sa langue, elle n'y parvient qu'avec peine; celle-ci est vacillante. Hier, une selle provoquée par un lavement.

Trente sangsues derrière les oreilles, lavement purgatif, glace sur la tête.

4 février. Même état. La malade est toujours aussi agitée, insomnia, même délire.

Les pommettes ne sont plus rouges; les yeux encore injectés, brillants, agités de mouvements convulsifs; pouls petit, 120 pulsations; soubresauts des tendons; les dents sont moins fuligineuses, mais encore couvertes d'un enduit grisâtre, ainsi que la langue, qui est moins sèche.

On découvre au mollet gauche une escarre noire et sèche, de la largeur de la paume de la main.

Bain, glace sur la tête, 8 grains de calomel, sinapismes.

5 février. Les yeux sont moins rouges, le pouls moins fréquent (104); du reste mêmes symptômes, délire, soubresauts, etc.; soif très vive. La malade dans un moment accuse de la douleur au ventre, puis, peu après, elle dit au contraire être soulagée par une pression, même assez forte; un peu de toux.

Il n'y a pas eu de selles malgré les 8 grains de calomel.

6 février. Le matin à la visite, agonie. Morte à une heure de l'après-midi (vingtième jour).

Autopsie le 8 février à neuf heures

(quarante-quatre heures après la mort).

Tête. Crâne mince, peu injecté à la face interne; dure-mère violacée et tendue en arrière. Il n'y a pas de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde.

Le feuillet viscéral de l'arachnoïde offre à peine quelques petites plaques légèrement opalines, près les glandes de Pacchioni; il a dans tout le reste de son étendue sa transparence normale.

La pie-mère est injectée, mais seulement dans ses grosses veines; les circonvolutions apparaissent presque partout à travers les membranes avec la couleur blanche; il n'y a à leur surface ni sérosité, ni injection fine, ni taches rouges de sang épanché. Entre les circonvolutions, on trouve dans quelques points un peu de sérosité; les membranes s'enlèvent assez difficilement, à cause de leur ténuité; il y a cependant près de la ligne médiane un peu d'épaississement, mais à peine notable; point d'adhérences; les circonvolutions ne sont point injectées de sang à leur surface. A la base du cerveau, les membranes sont encore moins injectées et plus saines que sur la convexité.

Les ventricules latéraux ne sont pas dilatés; ils ne contiennent point de sérosité, on n'y voit point de granulations.

La substance grise des circonvolutions, rosée dans quelques points, est généralement d'une teinte à peine plus animée que dans l'état normal; on pourrait presque la regarder comme tout-à-fait saine.

Le corps strié, la couche optique, la corne d'Ammon, les tubercules quadrijumeaux et la protubérance, n'offrent pas de coloration, excepté dans un point pour le corps strié, et quelques plaques dans la protubérance; mais cela est très peu tranché. La substance blanche est injectée vers la partie moyenne de l'hémisphère.

Consistance normale des deux substances.

Membranes du cervelet saines ; consistance et coloration des deux substances à l'état normal. La moelle n'est pas examinée.

*Poitrine.* Poumons sans aucune adhérence et parfaitement sains.

Cœur un peu volumineux ; légère hypertrophie du ventricule gauche.

*Abdomen.* L'estomac est sain. A la fin de l'intestin grêle, dans l'étendue de plusieurs pieds, on trouve un très grand nombre d'ulcérations, qui deviennent de plus en plus larges et rapprochées à mesure qu'on avance vers le cœcum. Le gros intestin est sain.

Les autres viscères à l'état normal.

#### BAILLARGER.

#### OBSERVATION DE FIÈVRE TYPHOÏDE ATAKIQUE SIMULANT UNE ALIÉNA- TION MENTALE. AUTOPSIE.

La nommée Dubreuil (Félicité), âgée de 22 ans, est entrée, le 6 décembre 1822, dans la division des aliénés, service de M. Mitivié ; elle arrivait de l'hôpital de Lourcine. C'est le seul renseignement que nous ayons eu sur son compte pendant le temps qu'elle a passé à la Salpêtrière, et jusqu'après sa mort. Je ne parlerai des renseignements que j'ai obtenus plus tard que lorsque j'aurai tracé l'histoire de la malade pendant son séjour à la Salpêtrière, afin de mettre nos lecteurs dans la position où nous nous sommes trouvés, afin qu'ils voient la maladie comme nous pouvions la voir, c'est-à-dire entièrement privés de renseignements qui eussent pu en éclairer l'étiologie et la nature.

C'est dans la matinée du 5 décembre que nous avons vu la malade pour la première fois. Constitution assez forte. tempérament bilieux, nerveux ; teint pâle et brun, cheveux noirs, yeux grands et noirs nullement injectés ; ils sont assez brillants, sans avoir ce-

pendant l'aspect larmoyant qu'ils offrent dans la fièvre typhoïde ; ils semblent un peu convulsés en haut et à droite. La bouche est écumeuse.

Cette femme est arrivée à l'hospice avec la camisole, et on a été obligé de la lui laisser à cause de son agitation ; elle a crié beaucoup dans la nuit. Ce matin, on l'a levée ; elle est assise et maintenue sur un fauteuil ; elle est tantôt silencieuse et dans une sorte de stupeur, tantôt elle pousse des cris, se livre à des mouvements convulsifs, et s'efforce de se débarrasser de sa camisole et des liens qui la maintiennent. Elle prononce les mots de camisole, Gustave, n° 34 ; elle semble parler à son amant, et lui adresse des paroles tantôt d'affection, tantôt de reproches de l'avoir quittée. Ces phrases dénotent aussi des habitudes de fille publique ou à peu près. Quand nous arrivons auprès d'elle, elle semble nous reconnaître pour ce que nous sommes ; néanmoins il nous est impossible de parvenir à lui faire montrer la langue. Les mouvements auxquels elle se livre quand on veut lui tâter le pouls empêchent d'en bien percevoir les caractères ; il paraît fréquenter peu développé. La percussion de la poitrine ne fournit rien d'anormal. L'auscultation est pratiquée, et ne fournit non plus aucun signe de maladie ; mais cela est peu concluant à cause du peu de docilité de la malade ; qui ne nous permet à cet égard qu'un examen très imparfait. Le ventre ne paraît pas douloureux à la pression, il ne présente pas de gargonillement ; il n'est nullement météorisé. Cette femme n'est pas allée à la selle depuis son entrée. Elle n'a rien voulu manger.

Tisane de chicorée, un lavement d'asa-fœtida, 2 grammes ; potages.

Le 8, l'état de la malade n'offre pas de changement.

Le 9, le délire est à peu près le même que les jours précédents. Refus des aliments. Le pouls a de la fré-

quence, il est médiocrement développé. Il nous est impossible de voir la langue de la malade. Les yeux sont largement ouverts, les pupilles larges, mais on peut douter que cette largeur des pupilles soit pathologique; il y a encore de l'écume à la bouche.

Le 10, la malade est encore agitée. Ses bras sont fortement fléchis, il en est de même des poignets et des doigts de chaque côté; il y a aussi un peu de contracture dans les membres inférieurs. La sensibilité est conservée sur toute la surface de la peau; les pupilles sont dilatées, mais à un faible degré; les narines sont pulvérolentes; la peau du nez paraît un peu gonflée. Il nous est impossible de voir la langue de la malade. Il n'y a plus d'écume à la bouche. Elle n'est pas allée à la selle depuis plusieurs jours.

Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 11, l'eau de Sedlitz n'a eu que peu d'effets; la malade a fait sous elle dans son lit. L'agitation a cessé tout-à-fait et a fait place à la prostration. Coma léger, coucher en supination, contracture des membres abdominaux et surtout des thoraciques. La sensibilité existe partout; les pupilles sont dilatées; un érysipèle occupe tout le nez; narines pulvérolentes; pouls fréquent, petit et dépressible.

Potion avec 30 centigrammes de tartre stibié.

Le 12, il y a eu quelques vomissements; peu de selles. La maladie a encore marché. Le coma est plus profond; les contractures persistent; il y a pourtant partout une assez grande sensibilité. Pupilles dilatées; l'érysipèle a pâli et s'est flétri. Pouls très petit et fréquent.

Le 13, l'état de la malade est devenu encore plus grave. Coma profond; contracture des bras et des jambes; narines pulvérolentes. En écartant les dents, on peut voir la langue qui est sèche et noire. Les filles de service disent qu'elle a craché du sang. L'auscultation permet d'enten-

dre quelques râles muqueux. Il n'y a pas eu de selles depuis quelques jours. Frictions sur l'abdomen avec l'huile de croton.

Le 14, la malade meurt dans la matinée.

Autopsie faite environ trente heures après la mort.

Absence de roideur cadavérique. La peau est doublée par une épaisseur de tissu graisseux assez considérable. Le nez ne conserve plus de traces d'érysipèle.

*Tête.* Crâne d'une épaisseur ordinaire. Les téguments ne présentent pas d'injection anormale; la dure-mère adhère fortement aux os, au niveau du sinus longitudinal; la cavité de l'arachnoïde ne contient que très peu de sérosité; l'arachnoïde est à l'état normal; la pie-mère est très gorgée de sang, ses vaisseaux sont injectés; dans plusieurs endroits de la convexité du cerveau, elle présente peut-être l'altération connue sous le nom d'apoplexie méningée, c'est-à-dire qu'il y a peut-être du sang extravasé dans son tissu. Dans les endroits correspondants, la surface du cerveau présente une teinte rosée très prononcée, et, plongée dans l'eau, un aspect cotonneux remarquable. Cette altération se trouve par plaques sur plusieurs points de la superficie du cerveau; elle n'a au plus qu'un millimètre de profondeur. La substance cérébrale est d'ailleurs d'une consistance ferme; elle offre un piqueté vasculaire général. La surface des ventricules est injectée; ils ne renferment que peu de sérosité. Rien à noter quant au cervelet et aux autres parties de l'encéphale.

*Thorax.* Le poumon droit renferme à son sommet quelques tubercules et même quelques petites cavernes en suppuration; muqueuse bronchique rouge et injectée, renfermant des matières encore purulentes. Le cœur est parfaitement sain.

*Abdomen.* L'estomac renferme un liquide verdâtre d'une odeur acide;

la muqueuse offre quelques arborisations.

Intestin grêle ; rien à sa portion supérieure, mais l'iléon offre de l'intérêt à notre examen. La membrane muqueuse, surtout près du cœcum, est d'un rouge vif, et présente une injection considérable; les plaques de Peyer, très ronges et ulcérées, sont très remarquables ; il y a quelques follicules isolés enflammés dans la partie supérieure de l'iléon.

Le gros intestin est lui-même enflammé dans plusieurs points de son étendue. Il y a surtout, vers la fin du colon, un aspect très remarquable de la muqueuse de cet intestin ; on dirait qu'elle présente du sang coagulé à sa surface. En examinant avec plus d'attention, on voit que ce sang est infiltré dans la muqueuse, qui est boursoufflée (1).

Le foie est gorgé de sang ; la vésicule renferme une bile très noire et très épaisse ; la rate offre son volume et sa consistance normale.

Les reins et la vessie sont sains. Il en est de même des organes génitaux.

Cette observation est remarquable sous le rapport du diagnostic : 1° par la difficulté ou même l'impossibilité de reconnaître l'affection intestinale, la plupart des symptômes s'expliquant par l'affection cérébrale, qui à elle seule absorbait toute l'attention. La petitesse du pouls, la fétidité de l'haleine, dont nous avons oublié de parler, sont, il est vrai, des symptômes de l'affection intestinale constatée à l'autopsie ; mais cela pouvait-il suffire à établir un diagnostic ? Pouvait-on penser à une fièvre typhoïde quand en même temps on observait des symptômes si évidents d'une affection cérébrale grave ?

2° Ce fait est encore remarquable comme un exemple d'une maladie

aiguë prise pour l'affaiblissement mental. Cela arrive d'ailleurs assez fréquemment ; et on voit souvent arriver dans les sections d'aliénés des malades qui ont une fièvre typhoïde, une méningite. Le diagnostic est souvent très difficile. Rien de plus facile que de confondre ces maladies avec le délire maniaque aigu avec fièvre, qui est souvent le début d'un accès de manie, de la paralysie générale.

Voici les renseignements que nous avons pu nous procurer sur le séjour de Dubreuil à Lourcine, avant son entrée à la Salpêtrière :

Elle était entrée à cet hôpital pour une blennorrhagie dont elle a été parfaitement guérie. Alors elle a été prise d'un oreillon, maladie qui était épidémique dans les salles de Lourcine. Le gonflement de la région de la parotide a été si considérable, qu'il y a eu un accès de suffocation. Le traitement antiphlogistique en a triomphé après huit jours.

Deux ou trois jours après, Dubreuil a été prise de frissons suivis de chaleur, et d'une syncope qui a été inquiétante par sa durée. Les mêmes symptômes se sont reproduits le lendemain. On a donné le sulfate de quinine en assez forte dose, et par ce moyen ces accès syncopaux ne se sont plus reproduits. C'est six jours après la cessation du sulfate de quinine que le délire a débuté tout-à-coup.

LACANNAL,  
Interne des hôpitaux.

OBSERVATION D'UNE PARALYSIE GÉNÉRALE, AVEC ANÉMIE ET HYPOCHROMIE.

M. N., étudiant en médecine, fut atteint, en 1842, d'une maladie nerveuse des plus intéressantes à connaître par la bizarrerie de ses symptômes et pour éviter les erreurs de diagnostic dans lesquelles pourrait faire tomber un cas semblable. C'est une sorte d'impuissance générale du système

(1) Le gros Intestin renferme des matières fécales solides en assez grande quantité.

nerveux, produite par une secousse morale assez vive et un coit accompli dans des circonstances où l'économie était loin de pouvoir suffire à la dépense nerveuse qu'exige cet acte, et résister à l'ébranlement général qu'il occasionne.

Je serai sobre de réflexions qui naîtront d'e les-mêmes de la lecture des faits et de la description des symptômes que j'ai observés avec un grand soin, tant à cause de leur importance intrinsèque qu'à cause de l'intérêt tout particulier que je portais au malade.

M. N..., d'un tempérament nerveux et un peu lymphatique, jouissait habituellement d'une bonne santé, à part quelques accès de fièvre intermittente qu'il avait contractée en province, et dont il était débarrassé depuis deux ans, mais qui, avant cette époque, revenaient fréquemment et sous l'influence des causes morales et physiques les plus variées.

En novembre 1842, il était en proie à toutes les inquiétudes, à toutes les agitations que peut éveiller un concours chez un jeune homme de vingt-cinq ans, lorsqu'il se piqua avec une aiguille en ouvrant la colonne vertébrale d'un enfant mort de chorée à l'hôpital des Enfants malades. Des deux petites plaies, l'une se ferma au bout de quinze jours, et l'autre un mois après. Cet accident, léger en apparence, mais qui l'atteignit dans un moment de tourment et d'ennui, l'occupa plus qu'il ne le devait, et pendant deux ou trois jours il eut un peu de fièvre le soir, avec des frissons, de la courbature et de l'inappétence. Il se remit pourtant un peu; mais à la fin de décembre, à la suite d'une longue promenade dans les champs par un temps de neige et de brouillards, il fut pris d'une angine pseudo-membraneuse, maladie qui régnait alors épidémiquement à l'hôpital des Enfants, et dont il fut activement traité par les saignées locales, la

cautérisation des fausses membranes, l'alun, etc., etc.

Le 15 janvier il sortait de chez lui, mais l'appétit ni les forces ne lui étaient revenus. Il avait conservé une faiblesse extrême dans les muscles qui concourent à la déglutition et à la voix. Il avalait difficilement, et surtout les boissons, qui fréquemment lui sortaient par le nez; la voix avait ce timbre particulier qu'on rencontre chez certains malades convalescents d'angine un peu violente. Les digestions se faisaient mal et étaient souvent accompagnées de pyrosis et d'une grande quantité de gaz. Une constipation continuelle l'obligeait à prendre sans cesse des lavements et des purgatifs salins, qui, la plupart du temps, restaient sans effet; une seule fois, une infusion de séné dans du café au lait produisit une selle abondante, mais elle fut accompagnée de coliques si violentes et de sueurs générales avec un sentiment de prostration si grand, qu'il promit de ne plus en prendre. Les nuits étaient sans sommeil, les journées accompagnées d'un ennui et d'un malaise inexplicables, un froid aux pieds que rien ne pouvait vaincre, et une apathie tout-à-fait en dehors des habitudes.

Cet état de langueur le tourmentait d'autant plus, qu'il n'en pouvait saisir la cause, et que sa figure, qui avait repris un peu d'embonpoint, était loin de trahir les souffrances dont il me faisait le confident, et auxquelles les personnes qui l'entouraient ajoutaient peu de foi. C'est dans cette condition misérable que C... eut l'imprudence de se livrer au coit le 2 février. Un premier, le matin, n'eut aucun résultat; mais le soir, pendant le second, il fut pris de palpitations assez fortes, qui persistèrent après l'acte et qui furent accompagnées alors d'un grand affaïssement. Il me parla deux jours après de ce symptôme qui l'inquiétait beaucoup, sans rien me dire de sa cause probable. Les batte-



ments du cœur étaient très étendus, les bruits étaient irréguliers ainsi que le poulx. Il alla quelques jours après consulter M. le docteur Félix Audry, alors chef de clinique de la Charité, à qui il ne dit rien non plus du soir pendant lequel les palpitations s'étaient développées, et qui lui conseilla de prendre de la digitale. Quelques jours après l'apparition des palpitations, il se plaignit d'éprouver aux doigts une sensation bizarre de fourmillements qui lui rendaient le toucher très imparfait. A la même époque, il s'aperçut que sa vue était troublée, et qu'il lui était impossible de tailler une plume. Cette faiblesse de la vue, qu'il voulut se persuader être le résultat de la digitale dont il n'avait pris que trois pilules, augmenta peu à peu, et le 15 février il ne pouvait lire que le titre d'un journal, qu'il était obligé d'éloigner de ses yeux de toute la longueur de son bras. On conçoit quelle influence dut avoir cette faiblesse de la vue sur un esprit agité par le mal et d'une excitabilité nerveuse incroyable. Il devint de plus en plus triste, se crut successivement atteint de toutes les maladies. Les gaz intestinaux produisaient quelques gargouillements; il se croyait sous le coup d'une fièvre typhoïde; ses palpitations lui donnaient l'idée d'une affection organique du cœur, que confirmaient pour lui l'irrégularité du poulx, qu'il se tâta à chaque instant, et quelques bouffées de chaleur à la tête; d'autres fois, tous ces symptômes étaient le résultat de sa piqûre, dont les effets, pour être lents, n'en étaient pas moins réels; d'autres fois, enfin, toute son attention était attachée sur différents battements artériels ou musculaires qui lui paraissaient des plus extraordinaires, etc.

Un découragement profond s'empara de C..., et à partir de cette époque sa maladie fit des progrès rapides; la faiblesse musculaire s'augmenta considérablement, la fièvre

s'alluma, le poulx devint fréquent, et la rapidité des battements du cœur jointe à leur irrégularité, sans aucun bruit anormal cependant, présentait un symptôme assez alarmant que nous ne savions lier à aucune lésion matérielle, et que nous n'osions regarder comme un simple trouble de l'innervation.

Le 23 février, il se rendit à la consultation de son ancien maître, M. Fouquier, en qui il avait une entière et légitime confiance. C... était alors dans un état des plus alarmants, et se soutenait à peine sur les jambes; il bégayait en parlant, et pouvait à peine s'exprimer; sa vue était très faible, ainsi que le goût et l'ouïe; le poulx, peu fréquent en ce moment, était plein et très irrégulier. M. Fouquier s'entendit avec ceux qui le soignaient, et ne pouvant rattacher tous ces désordres qu'à une maladie de la moelle, lui fit appliquer des ventouses scarifiées le long de l'épine. Quelques jours après, M. Beau s'adjoignit à nous, et voici dans quel état se trouvait C..., à cette époque. Les membres, dans un état presque complet de paralysie; pouvaient à peine être remués; la parole saccadée et la voix faible et tremblante rappelaient celle des aliénés atteints de paralysie générale; le facies, assez bon, n'était pas en harmonie avec cette extrême prostration, et ne présentait pas cet air d'accablement qu'on retrouve dans les maladies graves ordinaires. Cet état de paralysie générale s'étendait à la partie inférieure du gros intestin, qui laissait échapper les matières fécales liquides qui s'y trouvaient à la suite d'une purgation par le tartre stibié en lavage. Du reste, cette défécation involontaire tenait moins, nous dit le malade, à une paralysie musculaire qu'à une sorte d'anesthésie qui ne l'avertissait pas de la présence des matières qui s'échappaient au moindre accès de toux, au plus petit mou-

vément. La sensibilité, sans être éteinte, était partout émoussée et confuse. Ses jambes, horriblement amaigries depuis quelque temps, lui paraissaient d'un poids énorme. Les organes des sens étaient également atteints; la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, étaient notablement affaiblis. Pas de douleurs le long de l'épine, pas de céphalalgie, pas de délire; le caractère seulement est devenu irritable, capricieux, et d'une sensibilité morale excessive, ou plutôt d'une faiblesse en harmonie avec cet affaïssissement général du système nerveux; un rien le blessait, l'attristait ou le rendait colére. Dans ces moments d'excitation, la difficulté de la parole augmentait au point de le réduire à ne pouvoir plus s'exprimer. Le soir, un peu de frisson; la nuit, pas de sommeil. de l'agitation, du cauchemar quand il s'endormait; le pouls plein et fréquent. A l'auscultation, l'état du cœur que nous avons déjà signalé, et dans les carotides un bruit de soufflet assez intense.

Ces symptômes prirent en quelques jours une telle gravité, que l'état de C... ne nous laissa plus aucun espoir, et le 30 février nous crûmes tous qu'il ne passerait pas la journée. Cependant l'absence de signes certains d'une lésion matérielle, et l'étiologie de la maladie donnèrent quelque espérance à M. Beau, et il conseilla, dans le but de combattre cette adynamie profonde, la préparation de quinquina que M. Fouquier trouva indiquée par le retour quotidien du frisson. On y joignit des tisanes stimulantes et toniques, l'*arnica*, l'*érythra*, etc., etc.; des frictions le long du dos, sur les jambes, avec de l'alcool aromatisé, du baume de Fioraventi, etc., etc. Au bout de six jours la fièvre avait cessé, et était remplacée la nuit par une sueur assez abondante.

Le 6 mars, C... pouvait prendre quelques cuillerées de bouillon et de jus de viande. Le ventre fut tenu libre

par des pilules d'aloès, qui furent, au dire de C..., le seul purgatif qui atteignit la cause de sa constipation. La première dose de sulfate de quinine avait aussi agi comme purgatif, et produisit une selle, la plus abondante qu'il ait eue pendant sa maladie, depuis sa purgation au séné. Le traitement après ce succès était tout indiqué et facile à suivre: les toniques, le quinquina, le fer, l'aloès, le vin de Bordeaux, les jus de viande, une alimentation abondante et succulente furent prescrits. Un beau soleil de mars vint prêter un fort appui au rétablissement, qui fut cependant long et difficile. Pendant près d'un mois, C... ne put marcher sans être soutenu par quelqu'un, et ne pouvait même rester debout, immobile, sans fléchir et tomber. Au mois d'avril, quand il partit pour la campagne, il pouvait, appuyé sur une canne, faire le tour de sa chambre, mais non sans chanceler ou tomber plus d'une fois. Au milieu d'un air vif, des promenades fréquentes développèrent un appétit qui ne contribua pas peu à le remettre, et au bout de quatre mois il jouissait d'une santé des plus florissantes, et quitta la campagne pour revenir à Paris.

Une chose bien remarquable à cette époque où C... paraissait jouir d'une si brillante santé, et pendant toute une année après sa guérison, les fonctions de la génération conservèrent seules le cachet du mal qu'elles avaient produit: les appétits vénériens étaient fréquents et impérieux; mais toutes les fois que C... se livrait au coït, il éprouvait des palpitations, de la langueur et un malaise général qu'il comparait à l'état que détermine l'approche d'un temps orageux chez les personnes un peu nerveuses.

*Réflexions.* En étudiant avec soin tous les symptômes de cette singulière maladie, en mettant de côté pour un instant la période aiguë dont elle

a été couronnée, on voit qu'ils peuvent se réduire à deux chefs principaux, tant par leur nature que par l'ordre de leur apparition : 1° un état organique habituellement appelé anémie caractérisée par le bruit de souffle des carotides, la dyspepsie, le défaut de réaction contre le froid, et autres circonstances extérieures, etc.; 2° état de paralysie générale des muscles et des organes des sens.

Ce premier état était la suite évidente de l'angine, du traitement, et plaçait C... dans la condition la plus propre à se laisser modifier par tel ou tel agent, telle ou telle circonstance. Ce fut dans cet état d'anémie qu'il eut l'imprudence de s'exposer à une nouvelle cause d'épuisement, et, comme nous le fit remarquer M. Beau, s'il est un acte de la vie qui exige entre tous un concours puissant d'énergie, de force de réaction, c'est certainement le coït. Toutes les parties de l'économie semblent y participer et fournir leur contingent. L'ébranlement général du système nerveux qu'il nécessite entraîne toujours à sa suite un peu d'abattement et de langueur chez l'homme le mieux disposé, et peut par conséquent, dans les circonstances défavorables où se trouvait notre malade, produire ce collapsus général de l'innervation, cet affaiblissement complet qui caractérise la seconde période, et autour duquel peuvent se grouper facilement tous les symptômes que nous avons observés : la constipation opiniâtre, qui n'était que le résultat de l'impotence des fibres musculaires de l'intestin. L'hésitation de la parole, la faiblesse de la voix, s'expliquent aussi bien par l'impuissance des muscles qui concourent à ces fonctions. L'irrégularité des battements du cœur n'a pas non plus, je crois, dans ce cas, d'autre étiologie qu'une faiblesse de cet organe : incapable de chasser par une seule contraction le sang qui remplit ses cavités, il y revient deux

ou trois fois, et fait en plusieurs coups ce qu'il n'aurait pu faire en un seul. On voit, à Bicêtre, des paralysés auxquels un pas lent et régulier est impossible, qui en courant, marchant, sautant, présentent dans leurs mouvements une irrégularité du même genre. Cette irrégularité des battements du cœur est très fréquente à la Salpêtrière, chez les vieilles femmes anémiques, qui ne présentent à l'autopsie aucune lésion du cœur. Je l'ai retrouvée également deux fois à Bicêtre chez deux aliénés atteints de paralysie générale, maladie qui présente avec celle que je viens de décrire la plus grande analogie, le délire excepté. A quoi rattacher cet état de paralysie? A une lésion de la moelle? C'est impossible, puisque tous les organes des sens en étaient atteints. De quelle maladie rapprocher cet ensemble de symptômes? Si j'ai bien rendu l'état dans lequel s'est trouvé M. C... pendant le mois de février, c'est-à-dire entre les deux périodes aiguës de la maladie, on a dû voir qu'il y avait chez lui un trouble général de l'innervation, une modification de toute l'économie, un *morbis totius substantiæ*, dont on ne retrouve guère l'analogue que dans la maladie décrite assez vaguement dans les auteurs sous le nom d'*hypochondrie*, qui se produit ordinairement aussi sous l'influence des causes qui dégradent et affaiblissent le système nerveux : les chagrins, les changements de vie, les concentrations de l'esprit, les excès en tous genre, etc., etc., etc.

Les symptômes que nous avons notés sont ceux qu'on retrouve dans l'hypochondrie : une constipation opiniâtre, des flatuosités, de la dyspepsie, des palpitations, des battements dans diverses parties du corps, faiblesse musculaire, apathie, troubles et perversion de la sensibilité, insomnie, agitation, découragement, faiblesse d'esprit, irritabilité, tendance

à se croire atteint de diverses maladies, et enfin cette manière d'être et de se plaindre qui n'appartient qu'aux hypochondriaques, et qui ne permet pas aux autres de croire aux souffrances qu'ils accusent.

Ce fut à cette idée que s'arrêta aussi M. Beau, en tenant compte de l'existence du bruit de souffle, que Lafenne avait dit exister chez quelques hypochondriaques, que M. Beau a retrouvé chez tous ceux de ces malades qu'il a observés, vérité dont j'ai souvent eu occasion de me convaincre.

Cette explication une fois admise, et je crois que c'est la seule possible, quoi de plus facile à concevoir que l'augmentation continue et progressive de cette anémie générale sous l'influence d'une alimentation insuffisante, et comme complication naturelle de tous ces troubles nerveux et de ce dépérissement incessant, la production d'une fièvre intermittente augmentant cet affaîssement, qu'elle produit elle seule si vite et si facilement, et jetant M. C... dans cet état d'abattement et de paralysie générale dans lequel nous l'avons vu, et dont il ressentit l'influence sur les organes génitaux pendant dix-huit mois!

DE CROZANT,  
Interne des hôpitaux.

**TOUX SPASMODIQUE GUÉRIE SUBITEMENT  
À LA SUITE DE L'EXPULSION DE TROIS  
ASCARIDES LOMBRICOÏDES.**

Une jeune fille de onze ans, de forte constitution, et donnant tous les signes d'une menstruation commençante, fut prise, en avril 1843, de toux spasmodique avec des accès fréquents et prolongés. Jamais ces accès n'avaient lieu quand la malade était

couchée; mais à peine prenait-elle la position verticale, un chatouillement particulier dans la région épigastrique, au-dessous de l'appendice xiphoïde, se faisait sentir et provoquait la toux. Je n'attachai d'abord pas d'importance à cette affection, que j'attribuai, ainsi que d'autres phénomènes sans gravité survenus depuis quelques jours, au travail utérin qui annonçait la puberté. Je prescrivis quelques pilules, composées de thridace et d'extrait de belladone. La toux duraît depuis quinze jours, lorsque mademoiselle M... fit usage de ces pilules. Le lendemain, elle rendit par les selles trois lombrics, et la toux disparut immédiatement. La belladone a-t-elle agi cette fois comme vermifuge, ou l'expulsion des parasites a-t-elle eu lieu spontanément? c'est ce que nous ne savons pas. Ce qui est certain, c'est qu'il s'agit bien ici d'un accès de toux spasmodique, due à la présence d'entozoaires dans le canal alimentaire. Le chatouillement éprouvé par la malade avait-il son siège dans l'estomac lui-même, et était-il le produit de la titillation exercée par les parasites sur les extrémités du pneumo-gastrique? L'excitation des extrémités de ce nerf, qui joue un si grand rôle dans les fonctions de l'appareil de la respiration, doit-elle être regardée comme la cause, dans ce cas, des accès de toux spasmodique? — ..... Nous croyons qu'il est permis de répondre affirmativement à ces diverses questions. Quoi qu'il en soit, le fait simple que nous venons de rapporter doit concourir avec beaucoup d'autres à rappeler aux praticiens l'action étiologique des vers intestinaux, que les anciens avaient exagérée, et que les modernes oublient trop souvent.

L. CERISE.

## VARIÉTÉS.

LETTRE SUR LA MAISON D'ALIÉNÉS D'AVERSA (NAPLES).

A MM. les Rédacteurs des *Annales médico-psychologiques*.

Me voici loin de vous, mes amis ; mais à quelque distance que je sois, j'en'ai pu vous oublier. J'ai participé de loin à vos travaux, à vos efforts, au moins de sentiment et de volonté, sinon d'une autre manière. Bien que je n'aie pu me trouver à la naissance de vos Annales, je n'ai pas oublié que j'avais assisté au baptême de cette œuvre nouvelle, et j'ai désiré concourir, même de loin, à ce tribut que nous lui devons tous, pour en entretenir et pour en assurer la vitalité. C'est dans ce but que j'ai poursuivi quelques observations médicales et visité des établissements scientifiques du pays que je parcours. — Sans doute, la moisson que j'aurai faite ne sera pas abondante, mais tout n'est pas assez connu pour qu'il n'y ait désormais rien de nouveau sous le soleil. Ne prendrait-on la plume que pour corriger les exagérations ou les erreurs des voyageurs qui vont maintenant jusque dans les pays les plus dépourvus d'intérêt, qu'on aurait encore beaucoup à faire.

Ces erreurs ou ces exagérations ne seraient pas sans doute d'une grande importance, si elles ne s'exerçaient que sur des choses futiles. Mais il n'en est pas ainsi. Un voyageur homme de lettres, qui a pour tout mérite l'habitude de la phrase et le savoir-faire du style, croit pouvoir exercer son observation et faire peser son jugement sur tous les sujets. Il quitte Paris pour trouver à chaque poste un thème de feuilleton, et il ne veut pas revenir de son voyage l'esprit et les mains vides : aussi tout lui est bon ; et souvent, nous, médecins, qui croyons avoir la primeur ou d'un établissement scientifique à faire connaître, ou d'une question toute spéciale à étudier, nous nous trouvons précédés par cet homme de lettres de grand chemin, dans nos projets comme dans nos travaux. Je vous assure que parmi les impressions qu'on reçoit en voyageant, celle-ci est la première et souvent la plus profonde. J'ai pu le faire à propos de tout, et je l'ai faite principalement à propos d'Aversa, où les touristes de toute espèce manquent rarement d'aller porter le tribut de leur stérile curiosité.

Vous me pardonnerez cette préface un peu longue ; car avant de vous parler de la maison d'aliénés d'Aversa, je tenais à vous dire quelle avait été la première impression que j'avais reçue en touchant le seuil de cet établissement. C'est, je crois, la seule manière d'expliquer pourquoi cette

maison a été l'objet de versions si différentes et même si opposées, et pourquoi on en parle depuis si longtemps sans que l'opinion médicale soit encore parvenue à se fixer sur son compte.

C'est dans le mois de décembre de l'année 1812 que j'ai visité Aversa, et j'ai reconnu tout d'abord qu'on ne pouvait choisir un lieu plus favorable pour un établissement d'aliénés. Je m'étais déjà occupé des conditions atmosphériques du ciel de Naples, et j'avais trouvé bientôt qu'elles étaient loin de mériter la renommée hygiénique que lui donnent en général nos médecins. Ce premier jugement devait me faire mal augurer du climat d'Aversa, qui n'est qu'à quelques milles des bords du golfe; mais après avoir visité l'établissement et le pays, j'ai changé entièrement d'opinion. Cette ville est située dans cette campagne heureuse, *terra felice*, qui n'a pas de pareille en Europe pour sa fertilité. Elle est à un niveau plus élevé que Naples, puisqu'on monte au sortir de cette capitale, et que la plaine commence sur le plateau pour ne finir qu'au territoire de Capoue. Cette position met Aversa à l'abri des vents qui soufflent par la mer et amènent constamment les brouillards et la pluie sur Naples et le golfe. Découvert du côté de la terre, il est exposé à ceux qui passent sur les montagnes neigeuses de l'intérieur, et qui ont pour effet d'assainir l'atmosphère, et surtout de la rafraîchir pendant les chaleurs caniculaires de l'été. Il suit de cette topographie, sur laquelle je trouverai un jour l'occasion de m'étendre davantage, que l'air d'Aversa est très pur, et que l'atmosphère n'y présente pas ces variations brusques qu'on remarque à Naples et dans quelques autres villes du littoral. Le lieu a donc été choisi avec intelligence pour y placer un établissement pour le traitement de l'aliénation. Sans doute, on pouvait faire aussi bien; mais il eût été difficile de faire mieux.

L'établissement mérite-t-il l'opinion que mérite si bien, selon moi, le lieu qu'on a choisi? Je vais répondre à cette question en disant rapidement ce que j'ai vu, me réservant de traiter une autre fois le sujet d'une manière plus complète. La maison principale, celle de Sainte-Madeleine, est placée au nord-ouest et à quelques mètres de la ville. Je dis la maison principale, parce que tout l'établissement n'est pas renfermé dans la même enceinte de murs. Sainte-Madeleine est la métropole, si je puis m'exprimer ainsi, de trois autres succursales qui occupent différents points de la campagne et de la ville d'Aversa. On arrive à Sainte-Madeleine par un perron très élégant, qui lui donne plutôt la physionomie d'une villa que d'une maison consacrée au traitement de l'aliénation mentale. J'eus en entrant une surprise dont je ne veux pas oublier de vous rendre compte. A gauche de la porte d'entrée, s'ouvre une salle décorée de fresques italiennes et meublée de bustes d'un grand nombre de célébrités médicales. Je cherchai longtemps dans cet élysée de sculpture le buste de notre Esquiroi; mais ce fut en vain; et je ne pus m'empêcher de penser qu'il y a des oublis très dangereux pour la réputation de ceux qui les commettent.

A la suite de cet atrium, sur lequel vous voyez qu'il y a beaucoup à dire, on entre dans une cour arrosée de fraîches eaux et peinte de gracieuses fresques. C'est par une galerie de cette cour qu'on parvient dans

la maison, qu'on se trouve enfin au milieu de ses habitants. Ici la scène change : les murs y ont seulement cette blancheur brillante des édifices d'Italie ; et par exception, la propreté, que les Napolitains ne connaissent que par oui-dire, y est pratiquée de manière à faire croire qu'on est bien loin de la terre habitée par les lazzaroni. C'est de ce centre que je suis parti pour visiter les réfectoires, les loges, les dortoirs, les salles de bains, les jardins, et j'ai bientôt été à même de faire cette remarque, qu'on ne paraissait pas avoir tenu compte de certaines améliorations introduites depuis longtemps déjà dans le traitement des aliénés. On conserve, en effet, les appareils de répression dont la médecine se servait avant la réforme de Pinel et d'Esquirol. A Aversa, la camisole de force ne saurait suffire : c'est un moyen secondaire et impuissant. On y montre des lits machinés de manière à tenir le malade comme emmaillotté des pieds à la tête dans une enveloppe de toile et de fer. On y montre une ou deux chambrées où les murs ont des courroies et des paillassons disposés dans le but de fixer le patient dans l'immobilité la plus complète. Je vous assure que lorsque j'ai vu ces instruments de torture, j'ai oublié que j'étais dans une cellule de malade ; je me suis cru dans un cachot de condamné. Pourquoi, en effet, se servir encore de semblables moyens contre les aliénés ? Certainement on ne peut pas espérer en les employant de calmer ou d'arrêter les accès, c'est donc pour empêcher les furieux de se nuire à eux-mêmes qu'on les met en usage ; mais une cellule à parois matelassées et la camisole de force ne forment-elles pas ensemble une protection suffisante contre tous les dangers, une garantie contre toutes les craintes ? Rien ne ressemble à l'impuissance comme l'excès des précautions ; rien ne prouve le peu de confiance qu'on a dans les moyens d'action comme le luxe qu'on met à les produire.

Les salles de bains contiennent assez peu de baignoires pour laisser croire que les malades ne les visitent pas souvent. Les mœurs napolitaines se retrouvent dans les traitements mis en usage par la médecine indigène. La population saine aime si peu les bains, qu'on en ordonne rarement à la population malade. Ce qui prouve d'ailleurs que ce moyen thérapeutique est loin d'avoir la confiance des médecins qui ont successivement dirigé l'établissement d'Aversa, c'est que sur les quatre maisons dont cet établissement se compose, il y en a une seulement qui possède une pompe pour le service des douches et des bains ; dans les autres, les réservoirs se remplissent à l'aide des bras des infirmiers. Pour qui connaît l'indolence napolitaine, une telle organisation démontre suffisamment que de tous les moyens dont on se sert à Aversa contre l'aliénation, les bains sont classés parmi les moins utiles. J'ai encore une observation à placer ici. Les salles destinées à l'administration de ce moyen thérapeutique s'ouvrent dans la galerie où les malades se promènent une grande partie de la journée. C'est une faute ; car ils peuvent entendre les cris de celui qu'on met à la douche, et être témoins, pour ainsi dire, de la lutte qui peut s'engager entre un infirmier et un furieux. Il est probable que cet inconvénient eût été évité, si les bains et les douches avaient joué un rôle différent dans les habitudes de la maison.

Mais puisqu'on ne paraît guère s'y être occupé de la question essentielle, il était permis d'oublier les conditions accessoires. Ne croyez pas cependant, mes amis, que je me fasse ici le défenseur de la douche; je doute fort de son efficacité dans la plupart des cas; mais j'ai la foi la plus vive dans les bains de toute température et même de toute nature; et je pense que ce vieil apophthegme que les Romains inscrivaient à l'entrée de leurs thermes : *in balneis salus*, devrait avoir pour les médecins de tous les pays la valeur d'un aphorisme hippocratique.

Les cours ne sont pas assez nombreuses; les dortoirs ressemblent trop à des corridors; les cours peuvent même se réduire à une seule principale, où les malades de toutes les catégories vivent ensemble et se donnent en quelque sorte en spectacle l'un à l'autre. Cet arrangement est une faute grave. Il est vrai qu'un local a ses exigences; mais pour un établissement d'aliénés, il serait plus naturel avant tout de faire céder les exigences du local aux exigences plus impérieuses du traitement des malades. Je disais tout-à-l'heure que les dortoirs ressemblent trop à des corridors, et c'est exact. Figurez-vous que les lits, qui sont placés sur une seule ligne, laissent à peine un passage entre leur extrémité et le mur pour les besoins du service et de la circulation. Ces dortoirs devant gagner en longueur ce qui leur manque en largeur, se prolongent en reproduisant les angles et les irrégularités du plan de l'édifice. Mais à tous ces points d'intersection, il n'existe aucune porte; on n'aperçoit de clôture qu'aux limites dernières des galeries: aussi est-il impossible, lorsque les vents de terre soufflent sur la plaine où se trouve Aversa, qu'ils ne s'engouffrent pas dans ces longs corridors où reposent les malades, et qu'ils ne nuisent pas à la tranquillité et aux effets réparateurs de leur sommeil. Les pensionnaires et les ecclésiastiques aliénés sont mieux traités sous ce rapport. Les pensionnaires ont chacun une cellule parfaitement tenue, donnant sur un corridor commun, qui se distingue par un genre de décoration que je ne m'attendais pas à rencontrer dans un tel lieu. Les panneaux des murs sont couverts de petits cadres qui représentent des épisodes de la mythologie, et les nudités y ont quelquefois une franchise qui est en parfaite harmonie avec les licences du sujet. Cette exhibition est bien faite, sans doute, pour réjouir la vue des visiteurs; mais elle est faite aussi pour exciter vivement les sens des aliénés, dans un climat où les maladies mentales ont très souvent pour cause l'amour et la passion érotique.

Les réfectoires sont tenus avec une grande propreté; la nourriture qu'on y sert est abondante: j'aurais voulu en apprécier la qualité. L'ordre que j'ai vu régner en général dans le service prouve que la surveillance est bien faite, et qu'il y a du zèle dans l'administration. Je parle de l'administration et de la surveillance avant de parler du service médical, et cependant celui-ci devrait avoir la préférence. Mais qu'ai-je à dire de messieurs les médecins? J'ai vu qu'ils avaient couronné toutes les portes grandes et petites de l'établissement de phrases gréco-latines, dans l'intention sans doute de mettre à la torture l'intelligence des lecteurs. J'ai vu une pharmacie qui n'était pas mieux achalandée qu'une officine



d'officier de santé de campagne; et c'est à côté d'une spacieuse salle de concert, décorée de fresques et de statues, que l'arsenal de la thérapeutique est aussi brutalement traité ! Enfin, j'ai appris que le médecin en chef habitait Naples, et qu'il ne faisait le voyage de la ville à l'établissement qu'une fois la semaine. Il est vrai qu'il y a un résident pour la Madeleine et chacune des succursales, mais il y a aussi 670 malades à visiter et à soigner; et il nous semble que l'œil du chef médical devrait s'ouvrir plus souvent sur cette population infirme qui est confiée à son zèle et à sa capacité.

C'est en parcourant les salles et les corridors de la maison de la Madeleine, que j'ai vu les jardins dont on a parlé avec tant d'enthousiasme : ils ressemblent à tous les jardins d'Italie. L'oranger, le citronnier, le laurier et le myrte y croissent, il est vrai, mais ces arbres appartiennent tellement à la nature italienne, qu'il serait extraordinaire de ne pas les y trouver. Ces jardins ne sont du reste ni spacieux ni bien tenus; et je vous assure que si le voyageur s'en occupe un moment, c'est moins pour leur beauté que pour la réputation imméritée qu'on leur a faite. Une chose qui m'a frappé, c'est la manière ingénieuse avec laquelle sont déguisés aux yeux des malades les entraves de la réclusion. Les barreaux de fer des croisées sont façonnés en pots de fleurs, et c'est à travers des tiges de plantes dont les ramifications métalliques couvrent la fenêtre comme d'un réseau, que l'aliéné peut voir la parure naturelle de la campagne et se croire presque en liberté. Malheureusement ce genre de décoration n'existe pas partout; il est probable qu'il n'est pas le résultat d'une intention thérapeutique. Dans tous les cas, que cette idée soit sortie ou d'une intelligence de médecin ou de celle d'un architecte, elle est de celles qu'on n'abandonne pas sans en avoir tiré parti.

Vous comprenez bien que tous ces lambeaux de jugements que je porte, que ce faisceau d'impressions que je vous envoie, ne disent pas assez sur l'établissement d'Aversa : aussi ne me suis-je pas livré seulement à mes impressions; je me suis occupé sérieusement de la partie essentielle de la question que je m'étais promis de traiter. J'ai donc pris des informations positives sur les occupations, sur les travaux, sur le traitement moral des malades; j'ai consigné dans mes tablettes des notes sur l'administration, sur la police, sur le personnel, sur l'état financier et même sur l'histoire de la maison. On m'a donné, et c'était très essentiel, des renseignements statistiques. Mais, vous le savez, *verba volant*. J'attends donc des preuves écrites pour vous envoyer ou pour vous porter moi-même à Paris une notice complète sur Aversa.

Veuillez maintenant, mes amis, excuser la longueur démesurée de cette lettre, et me compter, comme vous l'avez déjà fait, je pense, parmi les fidèles de votre collaboration.

D<sup>r</sup> Ed. CARRIÈRE.

QUELQUES DETAILS SUR L'HOSPICE DES ALIÉNÉS DE HELSINGFORS (FINLANDE),  
EXTRAIT D'UN VOYAGE DE M. MARMIER (1).

« A quelque distance de la ville est l'hospice des fous, magnifique édifice, construit tout récemment au milieu d'un grand parc, au bord de la mer. On y arrive en longeant le mur du cimetière, ce refuge de toutes les douleurs; on y entre et on en sort par la chapelle, pour invoquer en passant la miséricorde de Dieu, ou le remercier à l'heure de la guérison. De tous côtés on aperçoit une vaste perspective dont l'aspect seul doit distraire les regards de ceux qui souffrent. Ici apparaît la haute tour de l'église, qui s'élève au-dessus des maisons de la ville comme une pensée d'espoir; là le golfe, où souvent la pauvre barque, surprise par l'orage, vacille et chavire comme la raison humaine dans les orages du monde.

» Deux médecins, dont l'un a visité avec soin les meilleurs hospices de France et ceux des principales villes de l'Europe, donnent leurs soins journaliers à cet établissement, sous la surveillance immédiate du directeur général des institutions médicales de Finlande, M. Haartmann, qui a puissamment contribué à sa fondation. Il y a là soixante-trois fous, hommes et femmes, riches et pauvres, les uns payant eux-mêmes une pension, les autres envoyés dans cette maison par la pitié de leur paroisse.

» Pour une somme de 500, de 400, de 300 francs même, l'hospice les adopte; mais lorsqu'ils meurent, l'hospice partage leur héritage avec leurs enfants. Chacun d'eux occupe une jolie chambre, très propre, bien meublée. Quand le temps est beau, les uns se promènent en plein air, d'autres travaillent au jardin; pour les jours de pluie, ils ont de larges corridors, une salle de jeu et un billard. Tout a été prévu avec une attention compatissante; l'établissement est entretenu avec un soin admirable. En voyant cette maison, ces salles fraîchement décorées, ces allées bordées d'arbres et de gazon, on oublie presque la misère dont elles sont l'asile. »

#### VENTE D'OBJETS FAITS PAR LES ALIÉNÉS A L'ASILE D'HANWELL.

Un des derniers numéros du journal anglais intitulé : *The illustrated London news*, contient une notice illustrée sur l'asile des aliénés d'Hanwell. Il est fait mention, dans cette notice, d'une vente qui a été faite avec quelque solennité des objets de fantaisie bien réellement (*bona fide*) manufacturés par les malades eux-mêmes. Un vaste bazar avait été improvisé dans une des cours de l'asile. Il était disposé de manière à ce que les personnes invitées à la fête pussent emporter une idée de la salubrité de l'établissement et des améliorations apportées au service. Dames élégantes, musique militaire, magistrats, message de la reine douairière, rien n'y manquait. Cet asile renferme 978 malades, dont 566 femmes et 412 hommes.

---

(1) *Revue des deux mondes*, décembre, 1842.

## CHIFFRE DES ALIÉNÉS DE L'HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS.

M. le docteur Charcellay, ex-médecin des aliénés et des enfants trouvés de l'hospice général de Tours, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de la même ville, etc., vient de publier le *Rapport statistique sur les aliénés et les enfants trouvés de l'hospice général de Tours*, qu'il a adressé à la commission administrative.

Ce rapport contient des renseignements très précieux sur les malades admis à l'hospice général depuis 1816 jusqu'en 1841 inclusivement. La progression de 1840 à 1841 est surtout remarquable, comparée à celle des années précédentes. Entrées de 1840 : 40 malades (19 hommes, 21 femmes); entrées de 1841 : 61 malades (30 hommes, 31 femmes). La différence est de 21, tandis que de 1839 à 1840, elle n'est que de 6, de 1838 à 1839, de 2. Le nombre des malades reçus depuis 1816 s'élève à 455 (203 hommes, 252 femmes). Nous reviendrons sur ce travail remarquable à plus d'un titre.

## CHIFFRE DES ALIÉNÉS DE L'ASILE DE CHALONS-SUR-MARNE.

M. le docteur Dagonet, médecin en chef, directeur de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne, vient de publier ses *Recherches statistiques sur l'aliénation mentale dans le département de la Marne*. On lira avec profit cet excellent travail, dans lequel nous nous bornerons aujourd'hui à puiser les renseignements suivants :

La population de l'asile comprenait, au 1<sup>er</sup> janvier 1843, 224 aliénés classés ainsi : 90 atteints de manie (41 manie aiguë ou intermittente, 29 manie raisonnante, 20 lypémanie), 50 atteints de démence (42 démence simple, 8 démence avec paralysie générale), 57 atteints d'idiotie (19 imbecillité profonde, 31 imbecillité, 7 faiblesse d'esprit), 27 atteints d'épilepsie (21 manie intermittente, 6 démence et imbecillité).

Sur ces 224 aliénés, 22 sont étrangers au département; total pour les aliénés appartenant au département, 202. Or, la population du département de la Marne est de 345,245 individus. On y compte donc 1 aliéné (admis dans l'asile) sur 1700,13 habitants.

## CHIFFRE DES ALIÉNÉS DE L'ASILE DE RENNES.

M. le docteur Chamheyron, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Rennes, a publié un compte d'administration pour l'exercice de 1842, auquel nous empruntons le chiffre suivant du mouvement de la population de l'asile, dans le cours de l'année dernière. Il y avait, au 1<sup>er</sup> janvier 1842, 270 malades; au 31 décembre, il en restait 271; 68 sont entrés dans le courant de l'année, 46 sont sortis, 21 sont décédés. La mortalité a été de 1 sur 16,14 pour les aliénés. L'asile contient en outre 31 malades non aliénés et atteints d'affections cutanées.

## DE L'IRRESPONSABILITÉ DES ALIÉNÉS.

Nous avons sous les yeux une publication relative à la question médico-légale qu'a soulevée le meurtre commis à Londres sur la personne de M. Drummond, secrétaire de sir Robert Peel, par Daniel M'Naughten. Dans cette publication, dont il sera rendu compte, M. le docteur James-

Georges Davey soumet à une discussion médico-légale les diverses formes de la folie et l'irresponsabilité des aliénés. La fréquence, chez nos voisins, des attentats attribués à l'aliénation mentale, qui a excité la sollicitude du parlement, donne à ce document un caractère d'autorité qui en double l'intérêt.

#### ADHÉSION A UN PROJET D'ASSOCIATION DES MÉDECINS D'ALIÉNÉS (1).

Dole (maison de santé), le 23 mai 1843.

Messieurs les Rédacteurs,

Je lis dans le premier volume de votre journal, auquel je suis abonné, le projet que vous avez formé d'associer les médecins qui sont à la tête de maisons d'aliénés.

En qualité de directeur de l'Asile privé, dit des Capucins, à Dole (Jura), je sens combien cette association serait utile, combien elle serait profitable, non seulement à la science, mais à l'honneur même du corps médical que notre spécialité représente.

Aussi, messieurs, si votre projet se réalise, j'ose vous prier, par la voie de votre journal, de m'agréer comme membre de votre société; et je suis convaincu que la plupart des médecins directeurs d'établissements d'aliénés, à Paris comme en province, applaudiront à votre résolution, et, dans ce but, s'uniront pour former l'association projetée.

Agréez, messieurs, l'expression, etc. ARMAND JOBERT, D.-M.-P.

#### ÉTABLISSEMENT HYDROTÉRAPIQUE A AUTEUIL.

M. le docteur Robert Latour, qui a parcouru l'Allemagne pour étudier les divers modes d'administration de l'eau froide, et pour examiner en détail le plus complet et le plus remarquable des établissements hydrothérapiques, celui de Marienberg, vient de publier un mémoire où les résultats de ses recherches sont exposés avec une grande précision. Témoignage des effets remarquables de cette médication, regardée longtemps, parmi nous, comme légèrement empreinte de cette excentricité germanique qui a enfanté tant de bizarreries médicales, M. Robert Latour a pensé que, ramenée à de justes proportions, elle était appelée à rendre des services éminents à la thérapeutique des affections chroniques en général, et des affections nerveuses en particulier. C'est aussi l'opinion que M. le docteur Seoutteten, au retour de sa mission en Allemagne, a émise dans son savant rapport à M. le maréchal ministre de la guerre. Ce rapport, qui est le document le plus complet sur les effets de la méthode du fameux Priessnitz, confirme en tout point les observations de M. le docteur Robert Latour.

En conséquence de ces données positives, acquises sur les lieux mêmes où se pratique le traitement par l'eau froide, M. Monchy vient d'annexer à sa maison de santé d'Auteuil, rue de Boileau, n° 8, un édifice destiné à l'administration des modes les plus variés de ce traitement. Cet édifice a été construit sur les indications de M. le docteur Robert Latour, à qui d'ailleurs, ainsi que cela devait être, est confiée la direction des malades. Nous nous empresserons d'accueillir les observations cliniques relatives aux névroses que cet estimable confrère voudra bien nous adresser.

— M. le docteur Girard, médecin en chef et directeur de l'asile des aliénés d'Auxerre, vient d'être, sur la proposition du préfet et du conseil général du département de l'Yonne, nommé membre de la Légion d'Honneur.

(1) Plusieurs de nos confrères nous ayant donné les mêmes témoignages d'adhésion, nous ne négligerons rien pour réaliser le vœu commun. Les services qu'une Société *médico-psychologique* serait en mesure de rendre à la médecine mentale et à la philosophie, sont trop aisés à reconnaître pour qu'il soit nécessaire d'y insister longuement.

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

## JOURNAL

de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie

DU

# SYSTÈME NERVEUX.

---

## Généralités médico-psychologiques.

---

### QUESTIONS RELATIVES

## AU MAGNÉTISME ANIMAL<sup>1</sup>.

L'âme, les songes, la folie, dis-moi, grand philosophe,  
comment les expliqueras-tu ?

*Sentences chinoises.*

---

A l'époque où nous vivons, époque de vastes recherches et d'études sérieuses, il n'est pas un esprit grave qui ne connaisse et ne proclame l'absolue nécessité du doute philosophique, de ce doute qui, préservant l'esprit d'un aveugle enthousiasme, lui impose l'obligation d'un examen consciencieux. Mais de là au scepticisme systématique, de là à l'incrédulité, il y a un abîme; car, si l'un est une preuve d'énergie et de réflexion, l'autre n'est

---

(1) Article lu à la Société de médecine d'Angers, dans sa séance de septembre 1840, et communiqué par l'auteur.

bien souvent qu'un indice voilé de paresse, d'impuissance ou d'orgueil. Quand le doute cherche la lumière, l'incrédulité détourne ou ferme les yeux pour ne pas en être éblouie. Si l'un est la voie qui mène aux progrès, l'autre, avec son apparence de grandeur, n'est qu'un désert aride et sans issue. Entre deux routes si contraires, quoique semblables au premier aspect, quelle est celle que doit suivre le médecin digne de porter ce titre, l'homme qui a voué sa vie entière à la conservation de ses semblables; l'homme dont le cœur ne bat que pour les généreuses pensées, dont l'intelligence, nourrie d'utiles méditations, ne craint et ne repousse aucune vérité, puisque toute vérité profite à l'amélioration de l'humanité, éternel objet de sa sollicitude et de ses recherches? La réponse est trop naturelle pour que je me croie dans la nécessité de la formuler. Et pourtant, de quelles préventions injustes ne sera-t-il pas assailli, de quels sarcasmes ne se verra-t-il pas déchiré, le médecin assez courageux pour se faire l'avocat ou du moins le rapporteur d'une cause perdue avant que toutes les pièces aient été scrupuleusement examinées! De quelle foi ardente et généreuse n'est-il pas soutenu celui qui se dévoue à jeter dans le monde des idées une idée nouvelle, ou bien encore une idée dès longtemps mise au rebut!

Il est fou! crie le vulgaire. Il est fou! disent les académies. Académies et vulgaire se touchent en ce point. Seulement l'un est incapable de comprendre et de juger; les autres veulent bien juger, mais sans se donner la peine d'approfondir, fortes du cercle au milieu duquel elles se reposent, et qui, elles le pensent au moins, est assez rempli pour ne plus admettre de richesses étrangères. Comme si le champ de la science était trop profondément labouré! comme s'il ne devait pas toujours rendre au centuple la semence féconde qui lui est confiée!

Et cela se conçoit et s'explique pour celui qui connaît la nature humaine, pleine, hélas! de misère et d'infirmités: car une

idée nouvelle réduite en actes, c'est un grand nombre d'existences compromises, de réputations détruites, d'amours-propres froissés; et quoi de plus irritable, de moins oublieux que l'amour-propre?

Il serait long à dresser le catalogue de toutes les découvertes scientifiques qui, à leur naissance, ont été foulées aux pieds et n'ont appelé sur leurs auteurs que la haine ou le mépris. Voyez : c'est Galilée, expiant par trois ans de prison le tort d'avoir trop tôt expliqué le mouvement de la terre autour du soleil. C'est le Normand Salomon de Caux, enfermé à Bicêtre par l'ordre de Richelieu qu'il importunait de ses poursuites; il avait découvert les propriétés de la vapeur, et pour récompense on allait le voir comme une bête curieuse à travers les barreaux de son cabanon où il mourut aliéné. C'est encore Fulton l'Américain, que Napoléon, l'homme à la vaste intelligence; aux aventureuses entreprises, repousso ou plutôt oublie comme un rêveur... quel rêve il avait fait! l'application de la vapeur à la navigation; et la vapeur aujourd'hui va changer la face du monde. Et l'immortel Harvey, que de préventions jalouses n'accueillirent pas sa théorie de la circulation du sang! Et Jenner, ce bienfaiteur de l'humanité, qui a doté la vie générale d'une durée plus étendue, Jenner ne doit qu'au temps le triomphe de la vaccine! Et qui de nous n'a pas vu des médecins contester encore l'infaillible vertu de ce préservatif? Qui ne sait combien il est difficile de détruire les préjugés qui lui sont contraires dans l'esprit des masses?

C'est que, je l'ai dit, l'homme est niveleur de sa nature : il prend en défiance les sommités qui dominent la foule; il lui en coûte de sortir de sa sphère habituelle pour s'élever dans ces régions sublimes et vierges encore où veulent l'entraîner quelques intelligences d'élite, qu'un rayon d'en-haut est venu guider dans leurs courses. Oh! pourtant, dussent-ils se tromper ces hommes, vous leur devez quelque reconnaissance, au moins pour les veilles passées à l'étude, pour les sacrifices patiemment

endurés, pour l'injustice dont assez d'autres, sans vous, sauront les poursuivre. Dussent-ils se tromper, je vous dis que les sueurs de leurs fronts ne seront pas stériles, qu'une fois répandues sur le sol qu'elles arrosent, elles y feront éclore, si ce n'est aujourd'hui ce sera demain, quelque semence féconde, quelque fruit précieux dont le monde un jour sentira bien le prix.

Nous n'avons certes pas la prétention d'apporter au monde scientifique une idée nouvelle, chose rare et précieuse en notre temps, comme toujours : nous voulons seulement indiquer de quel point de vue nous envisageons l'étude du magnétisme animal, dont les phénomènes ont été et sont encore à présent combattus par des raisonnements aussi bien que par la plaisanterie.

Raisonnements et plaisanterie, si nombreux et concluants que soient les uns, si ingénieuse que l'autre se fasse, ne prévaudront pas contre des faits rigoureusement observés et rapportés avec conscience par des esprits sans partialité.

Mais comment croire ce qui est absurde? demande-t-on. Comment ajouter foi à des faits en opposition complète avec les lois du bon sens?

Pour crier à l'absurde, à l'impossible, à l' inexplicable, quelques conditions préliminaires me semblent nécessaires :

1° Connaître exactement les limites du raisonnable et du possible; 2° n'être pas habitué à regarder comme possibles et raisonnables des phénomènes tout aussi difficiles à expliquer que ceux qu'on refuse d'admettre. Or, je le demande, est-il un homme au monde qui puisse dire qu'il satisfait pleinement à ces conditions? Qui vous prouve, lui répondrai-je, que ce que vous croyez impossible l'est en effet? Qui osera, comme Dieu à la mer, poser des limites au possible? L'expérience... Mais l'expérience ne rétrograde pas, j'imagine : elle avance, s'accroît de siècle en siècle, d'année en année, de jour en jour; si bien que l'expérience de demain sera plus vieille et plus complète que celle d'aujourd'hui; si bien que l'expérience de demain pourra



démontrer comme existants des faits que vous niez aujourd'hui... Hier, vous l'avez vu, on niait la puissance de la vapeur ; aujourd'hui on l'applique à tout comme force motrice. Hier, car un siècle n'est rien dans la vie de l'humanité, on eût ri du médecin qui, avec une gouttelette de liqueur transparente, eût prétendu neutraliser le germe destructeur de la variole ; aujourd'hui la vaccine a répandu ses bienfaits sur la terre. Si la pensée de Newton n'eût pas conçu et formulé les grandes lois de l'attraction, celle-ci serait peut-être encore une impossibilité, et nous ririons de celui qui prétendrait que la pesanteur retient les astres dans leur orbite.

Dites que tel phénomène vous semble incroyable, qu'il répugne à votre raison d'en admettre l'existence ; libre à vous : vous êtes dans votre droit ; car c'est là une affaire de conscience ou même de réflexion, si bon vous semble. Mais l'impossible, sachez-le donc, est de sa nature chose absolue, invariable, n'admettant jamais ni le plus ni le moins. Il est impossible que deux et deux fassent plus ou moins de quatre, ou bien toute certitude mathématique serait détruite. Il est impossible que les monstrueuses amours de Pasiphaé deviennent fécondes ; car ce serait le renversement des lois éternelles établies par Dieu. Voilà pour la première condition. Quant à la seconde, quelles merveilles ne voyons-nous pas tous les jours, que nous sommes habitués à regarder comme choses naturelles, quoique en vérité notre embarras fût grand s'il fallait en présenter une explication tant soit peu satisfaisante. Un homme est tourmenté de longues et pénibles insomnies ; quelques atomes d'opium lui rendent le calme et le sommeil. Cette jeune fille est en proie aux douleurs d'une fièvre pernicieuse ; c'est le second accès déjà, vienne le troisième ou tout au plus le quatrième, elle aura vécu ; mais le médecin a reconnu la nature du mal qui la menace, il administre le quinquina... la santé revient comme par enchantement. Un garçon de dix-sept ans est mordu par un chien qu'il ne croit pas enragé ; il en est quitte pour quelques déchirures de la peau, et

passe plusieurs mois sans avoir un seul jour interrompu ses travaux habituels; mais, malheur! une parole indiscrete lui apprend que l'animal dont il fut mordu a, dans le même jour, inoculé le virus à d'autres animaux qui sont morts curagés. L'infortuné reutre chez lui, annonce qu'il va être pris de la rage, et le lendemain il meurt dans d'affreux accès d'hydrophobie. Oh! je vous le demande, si l'opium fait dormir, savons-nous pourquoi? oui, comme le personnage de Molière qui répond: parce qu'il a une propriété soporifique! Savons-nous pourquoi le quinquina triomphe de la fièvre? Nous voyons des phénomènes qui se succèdent; mais de là à les comprendre, à les expliquer les uns par les autres, il y a loin. Et la rage, que vous en semble? Comment l'inoculation du virus producteur est-elle suivie souvent d'effets immédiats, tandis que, dans le cas cité plus haut et dans un grand nombre d'autres analogues, il n'a manifesté sa présence qu'après un long temps écoulé? il sommeillait donc au sein de l'économie, comme l'étincelle cachée sous la cendre peut produire un incendie si une cause vient à la réveiller? ou plutôt, l'effroi produit par une imprudente révélation a-t-il suffi pour développer un mal qui, sans lui, ne serait pas né? L'imagination seule est donc assez puissante pour devenir, sous le moindre choc qui l'ébranle, un foyer de désordre et de destruction.

Si la terreur, c'est-à-dire un agent immatériel, insaisissable, moral, peut produire des effets physiologiques ou pathologiques plus ou moins remarquables; si l'imagination plus ou moins fortement frappée mène à l'hydrophobie, et personne ne peut mettre en doute de telles causes et de tels effets, qui osera dire que l'homme est un simple agrégat de molécules, arrangées de telle ou telle sorte? Qui osera dire qu'étant matière, il ne peut être impressionné que par des corps matériels comme lui? Qui osera dire que le magnétisme, le fluide magnétique, par cela seul qu'il échappe à l'analyse de nos sens, est un être idéal, fictif, hors d'état, en aucun temps, en aucune circonstance, de

modifier, n'importe comment, l'état habituel de l'homme qui lui est soumis ?

S'il est vrai que l'aiguille aimantée se dirige invariablement vers un même point de l'horizon ; s'il est vrai que l'aimant appelle le fer par des propriétés dont l'essence intime nous est entièrement inconnue ; s'il est vrai enfin que la terre est un vaste réservoir magnétique dont la force occulte agit sur un grand nombre de corps et peut être augmentée, diminuée, changée par des causes naturelles, comme les tremblements de terre, les éruptions volcaniques, les aurores boréales ; pourquoi donc l'homme, ce petit monde des anciens, l'homme sur lequel l'électricité, le galvanisme, ont une influence incontestable, ne serait-il pas susceptible, dans des circonstances particulières, de recevoir d'un autre homme un ébranlement, une modification tels qu'il en résulte certains phénomènes dont l'ensemble constitue le magnétisme animal ?

Certes, à priori, je ne vois rien là qui répugne à l'esprit, soit que ces phénomènes aient pour cause productrice le système nerveux dont la nature et la puissance pour nous sont couverts encore d'un voile épais, soit qu'ils dérivent d'un agent particulier, d'un fluide inconnu qui ne se révèle que par ses effets incontestables. Ces effets eux-mêmes, en rejetant tout ce qui n'a pas été observé par des hommes dignes de foi, tout ce que le charlatanisme a trouvé moyen d'y ajouter de merveilleux (le charlatanisme se glisse partout), qu'offrent-ils donc de si étrange que nous ne puissions rien leur trouver d'analogue dans certains états de l'économie ? dans le sommeil, par exemple, et surtout dans le somnambulisme naturel ? Pour ne parler que de ce dernier, quel est le sens, je vous prie, qui veille alors que le monde extérieur semble étranger à celui qu'il possède ? les yeux sont ouverts et pourtant ils ne voient pas, l'oreille ne perçoit pas les sons, le toucher seul peut-être s'exerce. Mais le toucher, si actif et développé qu'il soit, ne suffit pas à produire la merveilleuse adresse du somnambule ; l'habitude des lieux qu'il parcourt, des objets sur lesquels il agit, n'en rendra pas mieux

compte; car, essayez dans la nuit, les yeux ouverts, de vous diriger à travers les lieux que vous fréquentez tous les jours, de vous servir d'objets qui vous sont familiers, oh! certes, vous serez loin de le faire avec facilité: il vous manquera la lumière naturelle ou artificielle dont le somnambule n'a pas besoin; il vous manquera cette lumière intérieure, inexplicquée, inconnue, car la science en revient toujours au *quid ignotum*, cette lumière pour qui les ténèbres ne sont pas, qui peut-être éclaire nos rêves, qui a fait les pythouisses et dirai-je les prophètes?

Ce qui a lieu ainsi par une prédisposition individuelle toute particulière, ne peut-il se manifester à la suite de l'action magnétique? et pour grouper en faisceaux distincts les faits relatifs au magnétisme animal, nous poserons les questions suivantes:

1° Existe-t-il, en dehors des phénomènes réguliers qui constituent la vie et la santé, d'autres phénomènes assez remarquables, assez exceptionnels pour avoir mérité un nom particulier, celui de magnétisme animal?

2° Ces phénomènes sont-ils produits par un homme sur un autre, sans intervention d'agents matériels visibles, par l'influence de la volonté sur la sensibilité, sur la foi, et par l'intermédiaire probable du système nerveux?

3° Le somnambulisme magnétique donne-t-il à celui qui en est atteint la faculté de suppléer aux sens dont l'exercice est suspendu, par d'autres parties inaptes à de telles fonctions après comme avant le somnambulisme? Le magnétisé voit-il sans le secours des yeux, par l'occiput, l'épigastre, etc.?

4° Se développe-t-il, sous l'empire du magnétisme, une aptitude particulière à découvrir certains objets ou certains faits plus ou moins éloignés, plus ou moins inconnus, de telle sorte que les distances ne paraissent plus exister ni pour le temps ni pour l'espace?

5° Cette puissance va-t-elle, chez celui qui n'est pas médecin, jusqu'à découvrir la structure intime de ses organes, à signaler les lésions dont ils peuvent être atteints, à indiquer les remèdes qui doivent être appliqués?

6° Le magnétisme animal est-il, entre les mains du médecin qui sait le diriger, un moyen thérapeutique propre à combattre certaines maladies ?

7° Inconsidérément ou trop longtemps employé, est-il susceptible d'amener lui-même le développement de quelques maladies ? C'est dire que l'étude du magnétisme doit être considérée sous le triple rapport de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique.

Nous ne sommes pas magnétiseur ; nous ne sommes prévenu ni pour ni contre le magnétisme ; mais tout ce qui se rattache de près ou de loin à la science de la vie, tout ce qui, en particulier, a quelque rapport avec les phénomènes si complexes et si obscurs du système nerveux, nous semble d'une telle importance, que nous appelons de tous nos vœux l'examen des hommes sérieux sur les questions qui précèdent. Ce ne sont ni des incrédules, ni des charlatans, ni la prévention injuste et irréflective, ni l'enthousiasme aveugle, qui feront jamais briller la lumière là où tout est encore incertitude et ténèbres (1).

D<sup>r</sup> T. RIDARD.

*Nota.* Depuis la rédaction de cet article, deux médecins sont venus à Angers étaler en public le spectacle des phénomènes merveilleux obtenus par l'action du magnétisme sur une demoiselle Prudence. A ce sujet, nous avons engagé et soutenu contre

---

(1) Aux questions posées par M. le docteur Ridard, nous pourrions en ajouter un grand nombre d'autres que soulève la science, jusqu'ici fort occulte, des magnétologistes. Nous devons reconnaître toutefois qu'il a mentionné celles dont il faut avoir une solution quelconque avant de se décider à devenir un adepte ou à rester tout-à-fait incrédule. A ce point de vue, elles sont donc les plus importantes à résoudre. Mais où sont les éléments de cette solution ? Les trouverez-vous dans les recherches d'un ou de plusieurs observateurs isolés?... Quelque bien conduites que puissent être ces recherches, elles n'amèneront point l'assentiment de ceux qui y seront restés étrangers. Les trouverez-vous dans les recherches que pourront faire les corps savants institués pour solliciter et vérifier les découvertes individuelles ?..... Il faut renoncer, pour le moment du moins, à les voir à l'œuvre. Cela est positif. D'ailleurs les faits que l'on nous

un journal de la ville une discussion dans laquelle nous combattons, en grande partie au moins, les prétentions des magnétiseurs. Vainement nous avons essayé de les amener à se soumettre à l'examen et au jugement de la Société de médecine d'Angers. Ces messieurs se sont contentés de répondre par une fin de non recevoir, fondée sur la prévention défavorable du corps médical et sur son inaptitude à juger des phénomènes magnétiques. Quoi qu'il en soit, nous séparons le magnétisme des magnétiseurs, et nous persistons à appeler de nouvelles études et des recherches consciencieuses.

---

présente sous le titre de *Magnétisme animal*, s'ils sont, en partie du moins, réels et accessibles à l'expérience, ne se démontrent pas si aisément, en toute occasion, à toute heure, sur tous les individus; ils ne ressemblent en rien aux faits sur lesquels les commissions académiques sont ordinairement appelées à se prononcer. Que reste-t-il donc à faire? Peut-on espérer que les passions donnent leur congé, et avec elles l'enthousiasme imperturbable des uns et l'hostilité invincible des autres? Nous avons voulu pénétrer dans les mystères du magnétisme animal; nous ne dirons point ici tout ce que nous y avons rencontré, mais nous pouvons en toute assurance annoncer à ceux qui auraient le désir de faire comme nous, qu'ils observeront quelques rares phénomènes dont l'anomalie se rattache à la pathologie du système nerveux; qu'ils subiront, pour parvenir à les constater, beaucoup de difficultés, de déplacements, de dégoûts, de déceptions, et qu'ils assisteront à une infinie quantité de supercheries, de tours de gobelet, de récits fabuleux et de scènes burlesques dont la société des salons a pris le parti de s'amuser au prix d'un louis par soirée à domicile. En résumé, pour celui qui se dépouille de tout enthousiasme et qui ne songe qu'à la vérité, c'est un travail pénible, long, encombré de toute sorte de pièges, et en fin de compte à peu près stérile. Nous croyons que la science, la véritable science peut attendre que l'évidence des faits dont elle doit s'enrichir se fasse jour d'elle-même, à l'aide des intérêts et des émotions qui sont mis en jeu. Nous croyons, après une étude assez opiniâtre du sujet, que différer en pareille matière est le parti le plus sage. La conquête réelle, alors même qu'elle sera incontestée, se réduira à peu de chose, et le retard, qui aura été apporté à la solution des questions de M. le docteur Ridard, ne nous ne sera pas imputé à paresse ni à négligence d'un élément bien précieux pour la science et pour l'humanité. L. C.

---

## Anatomie et Physiologie.

---

### APPRÉCIATION DES IDÉES DE GALL

SUR

#### LES FONCTIONS DU CERVELET<sup>1</sup>,

**PAR F. LÉLUT,**

Médecin en chef de la troisième section des aliénés de la Salpêtrière,  
médecin de la prison du Dépôt des condamnés.

---

Un genre à la fois tout puissant et tout déterminé d'émotions et de sentiments; un appareil organique extérieur tout-à-fait particulier, point alternatif de départ et de retentissement de ces deux manières de sentir; un but exclusif et capital, celui de la reproduction, ayant pour instrument tout un ordre des fonctions de l'économie: il y avait là, au moins en apparence, quelques raisons scientifiques de rechercher s'il n'existe point dans la portion encéphalique du système nerveux central un foyer d'action particulier à la vie de l'espèce, comme il y en existe un pour la vie de relation de l'individu, et si, des deux parties dans lesquelles, chez l'homme et chez les grands animaux surtout, cette masse encéphalique est presque en totalité divisée, l'une ne serait pas exclusivement consacrée à la sensibilité procréatrice, et l'autre à la sensibilité animale et à la pensée.

Si ce ne fut point là la manière dont Gall se posa cette question, ce fut au moins le sens dans lequel il la résolut; et la plus

---

(1) Ce travail est extrait d'un ouvrage qui ne tardera pas à paraître, et où il sera question de l'*Organologie phrénologique*.

petite partie du système nerveux central, le cervelet, devint pour lui la condition encéphalique de l'instinct de propagation. Cette nature déterminée de la fonction reproductrice, cette distinction non moins grande de l'organe nerveux qu'on lui attribuait, la possibilité au moins de leur corrélation, éveillèrent l'attention des médecins et des naturalistes. Plusieurs d'entre eux parurent croire à la réalité de la découverte. Gall en revanche prit d'eux, avec empressement, les faits qui pouvaient lui servir à la mieux établir, et le premier organe du système fit son entrée dans le monde physiologique escorté d'un appareil de preuves qui devait manquer à ses frères. Ce n'est pas que ces preuves eussent toutes un caractère sérieux et discutable; Gall se fût montré infidèle à ses habitudes et à sa méthode, et l'on retrouve ici autant qu'ailleurs ces misérables histoires dont j'ai donné quelques exemples. Elles y ont de plus un genre de mérite que le lecteur devine bien, et qui tient à la nature de l'organe qu'elles étaient destinées à fonder.

La première histoire de ce genre, celle qui vraiment ouvre la scène, est celle d'une jeune veuve *qui avait depuis son enfance d'impérieux besoins de volupté*, et à laquelle, durant ses crises, Gall *soutenait la nuque avec le plat de la main*, ce qui le mit à même de *sentir dans cette partie tout à la fois une grande chaleur et une proéminence bombée très considérable* (1). La seconde histoire, prise d'Apollonius de Rhodes, sous le couvert de M. Schœll, est celle de la sorcière Médée, qui, dans des crises pareilles, souffrait et brûlait aussi à la nuque (2). Ces deux histoires sont suivies de cinq ou six autres de même espèce, de même valeur et de même goût. Je les laisse là, bien entendu, pour passer à l'examen de preuves au moins discutables, et qui, comme Gall lui-même l'a établi, peuvent se diviser en deux séries : 1° faits pris de l'état de santé et dans la corrélation du

---

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 246.

(2) *Ibid.*, t. III, p. 247.



développement du cervelet à celui de l'amour physique, dans la série des espèces animales, dans la série des âges de l'homme, dans les deux sexes, enfin dans les propensions individuelles de nature à faire éclater la réalité de ce rapport; 2° faits pris dans l'état de maladie et dans la corrélation réciproque d'une altération du cervelet à une altération des parties sexuelles ou de leurs fonctions.

Parmi les preuves de la première série, celle que Gall fait valoir d'abord consiste à avancer que le cervelet existe dans tous les animaux qui s'accouplent, et qu'il est plus considérable chez les espèces où cet accouplement se répète avec une grande salacité.

Avant de rappeler quelques faits qui montrent la fausseté de ces deux allégations, je veux donner à leur occasion de nouveaux exemples du genre de logique de Gall. « Chez les animaux, dit-il, dont la propagation ne s'effectue pas par le concours de deux sexes, on ne distingue rien qui ressemble au cervelet (1). » Or, ces espèces animales, qui se fécondent individuellement, ce sont exclusivement des mollusques, et dans ces sortes d'hermaphrodites le système nerveux de l'extrémité céphalique est, dans ses formes, sa texture, ses fonctions, tellement différent de l'encéphale de l'homme et des animaux vertébrés, qu'il n'y a aucune assimilation à faire de l'un à l'autre, aucune dénomination de parties qui puisse leur être commune. Que penser donc du physiologiste qui a osé prononcer le nom de cervelet à propos du système nerveux des derniers invertébrés, et mettre chez ces animaux l'absence de cet organe en rapport avec le caractère de leurs fonctions procréatrices?

« Sil était possible, dit encore Gall, de démontrer que cette conformation (l'existence du cervelet) a lieu sans exception dans les plus petits animaux, soit de terre, soit aquatiques, cette circonstance suffirait seule pour établir que le cervelet

---

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 251.

» est l'organe de l'instinct de reproduction (1). » Et quand cette proposition que Gall, sous forme de question, a l'air de donner comme vraie, aurait, en effet, ce caractère, est-ce qu'on pourrait en faire découler la conclusion qu'il en tire? Dans tous ces animaux grands et petits, aquatiques ou terrestres, ainsi pourvus du cervelet, est-ce qu'indépendamment de l'instinct au rapprochement des sexes il n'y a pas des mouvements et de la sensibilité? et ne serait-ce pas une conclusion tout aussi légitime à tirer du fait de l'existence du cervelet chez ces espèces animales, que de dire que, chez elles, cet organe est celui de la sensibilité et des mouvements?

Il n'est, du reste, pas vrai que dans les animaux vertébrés le cervelet soit dans un rapport constant de coexistence ou de développement avec l'existence ou le développement de l'instinct de reproduction. C'est là un fait tellement bien établi et tellement connu de tout le monde, que je me borne à rappeler ce qu'en a dit Desmoulins.

Les grenouilles-rainettes, les crapauds, et surtout les couleuvres et les vipères, reptiles chez lesquels manque, à proprement parler, le cervelet, se rapprochent par un véritable accouplement, et l'on sait combien est grande l'énergie avec laquelle le crapaud procède à l'acte de la fécondation (2). Au contraire, dans la plupart des poissons, et par exemple dans le barbeau, les silures, les gades, le cervelet, dans sa partie moyenne, qui existe seule chez les poissons, a un volume énorme, et ces animaux, loin de s'accoupler, ne connaissent souvent pas même la femelle dont ils fécondent les œufs (3). Enfin, les cynocéphales, espèce de singes dont la lubricité est devenue proverbiale, ont la masse du cervelet et surtout ses lobes latéraux moins développés à proportion que l'homme (4).

---

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 251.

(2) *Anatomie des systèmes nerveux des animaux à vertèbres*, 2 vol. in-8, Paris, 1825, t. II, p. 579.

(3) *Ibid.*, p. 578.

(4) *Ibid.*, p. 577.

Gall dit, en second lieu, qu'à partir de la naissance le cervelet, proportionnellement au cerveau, croît et décroît avec l'âge et à des périodes déterminées, suivant qu'avec l'âge aussi croît et décroît, aux mêmes périodes, le penchant à l'amour physique (1).

Il est incontestablement vrai qu'à la naissance la proportion du volume du cervelet au cerveau est bien moindre qu'elle ne le sera à l'âge adulte, à l'âge de vingt-cinq ans par exemple. Je ne rapporterai point toutes les évaluations qui ont été données de cette proportion par les anatomistes qui s'en sont occupés, par Chaussier, Cuvier, Carus, M. Cruveilhier, et par Gall lui-même, et, m'en tenant à une sorte de moyenne, je rappellerai qu'à la naissance, la proportion en poids du volume du cervelet à celui du cerveau proprement dit est d'un vingtième, tandis qu'à l'âge adulte cette proportion est d'un septième. Mais à quel âge cette dernière proportion s'établit-elle? Est-ce à dix-huit ou vingt ans à peu près, à l'âge de la puberté réelle, comme Gall avait intérêt à l'établir, ou est-ce plus tôt, à l'âge de cinq ou six ans par exemple? Voilà la question, et ici encore Gall s'est prononcé pour le contraire de la vérité.

Déjà, comme il en convient lui-même (2), Sæmmering, Ackermann, les frères Weuzel, lui avaient objecté que la proportion du cervelet au cerveau qu'on remarque dans l'âge adulte s'établit bien avant cet âge, bien avant même celui de la puberté, puisqu'on la rencontre déjà à l'âge de quatre ou cinq ans; et les faits rapportés par Sæmmering et par les frères Weuzel ne permettent pas de douter de la vérité de leur allégation. On voit, par exemple, dans le tableau dressé par ces derniers du poids proportionnel du cerveau et du cervelet suivant les âges, que chez un garçon de trois ans et chez deux petites filles, l'une de trois ans, l'autre de cinq, la proportion du cervelet au cerveau

---

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 255.

(2) *Ibid.*, t. III, p. 256.

était d'environ un septième (1). J'ai moi-même, dans des enfants de l'âge de trois ans à celui de dix, pesé proportionnellement un certain nombre de fois le cerveau et le cervelet, et j'ai obtenu des résultats véritablement identiques à ceux qu'ont publiés les frères Wenzel, c'est-à-dire que j'ai constaté qu'à l'âge de trois, cinq, six, huit, dix ans, la proportion du cervelet au cerveau est d'un septième ou d'un sixième (2). Mais tous les faits de cette nature n'ébranlent pas Gall. S'il en a vu de pareils, il se garde bien de les rapporter, et cela ne l'empêche pas de répéter avec son assurance ordinaire que c'est à seize ou vingt ans seulement que s'établit la proportion définitive du cervelet au cerveau (3). Il est bien clair qu'il n'en est rien, et que c'est douze ou quinze ans plus tôt, c'est-à-dire à l'âge de quatre ou cinq ans, que s'établit la proportion prétendue pubère du volume du cervelet à celui de l'autre partie de l'encéphale (4). Que

(1) Jos. et Car. Wenzel, *De penitiori structura cerebri hominis et brutorum*, in-folio, Tubingue, 1812. *Tabula tertia. Cerebri generatim, cerebri et cerebelli speciatim pondus à statu embryonis usque ad decrepitum hominis ætatem.*

(2) Voici deux pesées que je viens de faire à l'instant même. Gall n'en a jamais autant donné, car il n'en donne aucune.

FILLE AGÉE DE CINQ ANS.

Poids du cerveau proprement dit. . . 861 grammes.

Poids du cervelet. . . . . 121

Rapport du poids du cervelet à celui du cerveau, 1 : 7,115.

GARÇON AGÉ DE SIX ANS.

Poids du cerveau proprement dit . . 1048 grammes.

Poids du cervelet. . . . . 150

Rapport du poids du cervelet à celui du cerveau, 1 : 6,98.

(3) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 257.

(4) Si l'on voulait à un fait irréfutable rattacher une explication assez bien d'accord avec les données actuelles de la physiologie expérimentale, on pourrait dire que le cervelet prend, relativement au cerveau, sa proportion définitive, à l'âge où les mouvements joignent enfin à une grande activité une sûreté qu'ils n'avaient pas eue dans les trois ou quatre premières années de la vie.

devient alors la signification physiologique que Gall a tenté de lui attribuer? Voilà qu'il faudrait maintenant faire remonter la puberté, chez les garçons eux-mêmes, à l'âge de quatre ou cinq ans, à un âge où assurément Gall lui-même n'oserait la faire commencer que dans des histoires tout exceptionnelles.

Ceci donc prouvé, que c'est bien avant l'âge où se manifeste le penchant à l'amour physique que le cervelet acquiert, relativement au cerveau, la portion qu'il gardera durant toute la vie, est-il nécessaire de prouver aussi que cette proportion ne diminue point dans la vieillesse, c'est-à-dire à mesure que diminue et va en s'éteignant ce même besoin du rapprochement des sexes? Gall avait vu, dit-il, à cet âge, la turgescence nerveuse du cervelet diminuer, et les fosses occipitales inférieures qui le contiennent se rapetisser jusqu'aux dimensions de celles du crâne d'un enfant nouveau-né (1). Rudolphi lui avait aussi nié ces faits; mais Gall encore avait passé outre sans rien alléguer de précis. J'ai fait de nombreuses pesées de l'encéphale et de ses parties; et j'ai déjà consigné ailleurs quelques uns des résultats qu'elles m'ont donnés (2). Dans les faits qui les constituent, il s'en trouve sept relatifs à des individus âgés de soixante ans et au-dessus, dont deux étaient des vieillards de l'hospice de Bicêtre, trois des détenus de la prison du dépôt des condamnés, deux enfin des hommes connus dans les sciences. Or, la moyenne résultant de ces sept faits se trouve donner pour proportion du poids du cervelet à celui de cerveau un sixième ( $1 : 6,5$ ), tandis que, d'après mes pesées encore, cette proportion à l'âge adulte n'est que d'un septième ( $1 : 7,3$ ). Dans le tableau dressé par les frères Wenzel, tableau que je viens de citer, on voit de même que chez un vieillard de soixante-deux ans la proportion

---

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 258.

(2) *Du poids du cerveau considéré dans ses rapports avec le développement de l'intelligence.* (*Gazette médicale de Paris*, 11 mars 1837.)

en poids du cervelet au cerveau était d'un septième, que chez un autre vieillard âgé de quatre-vingt-deux ans elle était encore d'un septième, que chez un troisième enfin âgé de quatre-vingts ans elle était d'un sixième. M. Parchappe a aussi recueilli des faits relatifs au poids des deux parties principales de l'encéphale suivant l'âge, et, d'après ces faits, il se trouve qu'à l'âge de soixante ans et au-dessus, chez les hommes, la proportion du cervelet au cerveau est d'un sixième, tandis qu'à l'âge adulte, à quarante ans par exemple, elle est au plus d'un septième (1). C'est un résultat qui, pour le sujet qui nous occupe, peut être donné comme identique à celui que j'ai obtenu. Il est opposé, comme on le voit, à l'opinion que Gall cherchait à établir, opinion qu'il n'appuie sur aucun fait qui puisse le moins du monde équivaloir aux faits qui appartiennent aux frères Weuzel, à M. Parchappe, ainsi qu'à ceux que j'ai observés de mon côté.

Gall, par des raisons inutiles à reproduire ici, mais dont la légitimité ôterait beaucoup de son mérite à la pudique retenue du sexe, a supposé que, chez les femmes comme chez les femelles des animaux, le sentiment de l'amour physique est moins actif qu'il ne l'est dans le sexe mâle (2). En ce qui concerne notre espèce, Tirésias n'eût pas été de cet avis, et il pouvait sur cette question se prévaloir d'une expérience doublement personnelle, et dont le privilège depuis lui n'a été, que je sache, accordé à personne. Qui a raison de Gall ou de Tirésias; c'est ce que je ne discuterai pas ici. Ce que je veux dire seulement, c'est que Gall a conclu de son opinion sur le peu d'ardeur amoureuse du sexe que, dans toute la série animale, la femelle devait avoir, et a eu effet, le cervelet plus petit relativement à son cerveau que ne l'a le mâle. Cette observation s'est confirmée, dit Gall, sur tous les animaux qu'il a été à même d'examiner

---

(1) *Mémoire sur le volume de la tête et de l'encéphale chez l'homme*, in-8, Paris, 1836, p. 74.

(2) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 271 et suiv.

depuis la musaraigne jusqu'à l'éléphant (1). Gall adopte cette forme d'énumération biblique qui revient plusieurs fois dans le cours de son livre. Pour ce qui est de la femme, par qui il est au moins poli de commencer, Gall renvoie à ses planches et à *tous* les crânes d'hommes et de femmes (2). Ses planches, nous n'y recourrons pas, nous avons déjà dit pourquoi, quoiqu'elles pussent bien nous donner raison contre lui. Quant aux crânes d'hommes et de femmes, la comparaison sur le vivant n'en serait ni aussi facile ni aussi concluante que Gall veut bien le dire : j'ai de ce fait une expérience crâniométrique assez grande. Il vaut mieux s'en tenir au poids comparatif du cerveau et du cervelet dans les deux sexes ; non seulement cela est plus facile, mais cela est infiniment plus sûr. Or, j'extraits du mémoire de M. Parchappe, et cela d'après deux moyennes de vingt-neuf et de dix-huit faits, que le poids du cervelet est à celui du cerveau comme 1 est à 6,4 dans l'homme, et comme 1 est à 7,1 dans la femme (3) ; ce qui semblerait donner gain de cause à Gall. Je ne dissimule rien, comme on le voit. Mais je trouve, d'après un tableau de ce même mémoire, sur le poids du cervelet et sur celui du cerveau suivant les âges et dans les deux sexes, que le rapport de ces deux parties de l'encéphale est vraiment le même dans l'homme et dans la femme (4). C'est qu'en effet, pour qu'on pût établir qu'il en est autrement, il faudrait qu'on eût affaire à des différences tout autrement constantes que celles que je viens de mentionner, surtout tout autrement considérables, et qui se formulassent par d'autres chiffres que des fractions de décimales. J'ai de mon côté pesé comparativement le cerveau et le cervelet de vingt femmes ayant toutes atteint ou dépassé l'âge adulte, puisqu'elles avaient de

---

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 274.

(2) *Ibid.*, t. III, p. 275.

(3) Mémoire cité, p. 69.

(4) *Ibid.*, p. 74.

trente-quatre à quatre-vingt-sept ans, et que la moyenne de leur âge était de soixante-deux ans (1). Le rapport en poids de ces deux parties de l'encéphale chez elles s'est trouvé être en moyenne de plus d'un septième (cervelet : au cerveau : : 1 : 6,9), tandis que ce rapport dans le sexe mâle, à l'âge adulte, est de moins d'un septième, c'est-à-dire que d'après ces faits le cervelet serait, chez la femme, plus gros, proportionnellement au cerveau, qu'il ne l'est chez l'homme. C'est justement l'opposé de l'assertion émise par Gall, qui s'est bien gardé, du reste, de l'appuyer d'aucun chiffre. Notez, en outre, que les pesées d'après lesquelles j'ai établi cette moyenne du rapport en poids du cervelet au cerveau dans le sexe, appartiennent en majorité à des femmes fort âgées, c'est-à-dire de l'âge de soixante à quatre-vingt-sept ans, de cet âge auquel, suivant Gall, le cervelet décroît depuis longtemps d'une manière notable. C'est là un fait à ajouter à ceux qui prouvent, comme nous l'avons vu plus haut, que cette dernière opinion n'est pas plus vraie que celle de la moindre proportion de cette partie de l'encéphale dans le sexe féminin.

Quant au rapport du cervelet au cerveau dans les deux sexes chez les animaux, il est bien entendu que, d'après Gall, ce sont les mâles qui ont le plus gros cervelet, et que cette différence est manifeste et sur les crânes et sur les cerveaux. Les planches de son atlas sont encore là qui le prouvent jusqu'à l'évidence, et Gall fait remarquer, en outre, que « le cervelet est plus » grand d'un sexe à l'autre dans les espèces chez lesquelles les » mâles sont, en tout temps, capables de s'accoupler, et où les » femelles sont restreintes, à cet égard, à de certaines périodes, » que dans les espèces chez lesquelles le mâle et la femelle sont » l'un comme l'autre sous la même influence périodique (2). »

---

(1) Une partie de ces faits a été recueillie, sur mes indications, par un laborieux élève du service médical que je dirige, M. Lunier.

(2) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 277.



On ne peut certes rien demander de mieux pour la vérité de l'organologie à l'endroit des fonctions reproductives. Je n'ai pas examiné comparativement beaucoup de crânes et de cerveaux d'animaux mâles et femelles dans le but de savoir lequel des deux sexes a, proportionnellement au cerveau, le plus gros cervelet; mais il se trouve que j'ai là, sur la table où j'écris, le crâne d'un coq et celui d'une poule, celui d'un lièvre et celui d'une hase, ceux d'un chevreuil mâle et d'une chevrette, ceux enfin d'un loup et d'une louve. Je les examine, les retourne dans tous les sens; je mesure à l'intérieur et à l'extérieur l'étendue de la partie du crâne qui contient le cerveau et de celle qui contient le cervelet, et l'on sait que cette opération est très facile. Or, j'affirme, au risque d'être traité comme je traite Gall, c'est-à-dire de n'être pas cru, que du coq à la poule, du chevreuil à la chevrette, il n'y a, dans la proportion de la masse supposable du cervelet à celle du cerveau, rien absolument qui diffère, et que dans les deux autres couples animaux c'est à l'avantage de la femelle que serait la différence.

Gall, prétendant que le cervelet est l'organe supérieur et central du penchant à l'amour physique, devait le trouver très développé chez les individus mâles ou femelles de notre espèce ou des autres espèces animales en qui ce penchant est aussi très marqué, et il cite, en effet, un grand nombre d'observations particulières confirmatives de la vérité de cette corrélation. J'ai déjà signalé quelques unes de ces observations en leur donnant le nom qu'elles méritent. Je pourrais en citer quelques autres dignes de la même qualification, celle, par exemple, de la bossue qui mit en péril la pudeur de Gall (1). On ne trouvera pas mauvais que je m'en abstienne. Quant aux autres faits qu'il rapporte, faits qui offrent à un degré moins marqué le caractère de fables, et dont le contrôle et la reproduction seraient possibles, voici ce que j'ai à en dire.

---

1. *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 334.

De ces faits, les uns, au nombre de deux ou trois, sont relatifs à des idiots chez lesquels Gall dit avoir remarqué, dans une corrélation évidente, un gros cervelet et une grande salacité. La grosseur proportionnelle du cervelet des idiots est un fait physiologique réel. Je l'ai signalée dans un travail où j'ai montré que chez eux le rapport du cervelet au cerveau est sensiblement plus considérable que chez les hommes de facultés intellectuelles ordinaires (1), et j'ai depuis eu occasion de continuer les mêmes observations. Mais les idiots sur lesquels je les ai faites n'étaient en aucune façon remarquables par leur penchant à l'union sexuelle. Voici tout simplement comment on peut rendre compte de la grosseur du cervelet des idiots. L'état d'infériorité mentale qui les caractérise se lie à une moindre proportion des hémisphères cérébraux, qui sont dans l'encéphale la condition plus particulière de l'exercice de l'intelligence, et le cervelet, organe plus spécial des mouvements, qui ne sont pas lésés chez eux, ne partage pas au même degré ce défaut de développement. Plus donc l'entendement de l'idiot décroît, plus son cerveau décroît aussi, son cervelet ne diminuant pas dans la même mesure. Mais cette plus grande proportion du cervelet chez ces malheureux ne doit nullement, comme on le voit, être prise en rapport avec l'instinct de rapprochement des sexes, et Gall, par conséquent, a eu tort de chercher à établir cette corrélation.

Du reste, dans les deux ou trois faits individuels qu'il a empruntés aux idiots, comme dans tous les autres faits de même nature qu'il a pris soit de l'homme soit des animaux, il est question, non point de gros ou de pesants cervelets évalués même à la vue, mais seulement de grosses ou de larges nuques observées à l'œil encore plus qu'au toucher. Or, pour qui s'est

---

(1) Mémoire cité, *Sur le poids du cerveau considéré dans ses rapports avec le développement de l'intelligence*. (*Gazette médicale de Paris*, 11 mars 1837.)

livré d'une manière un peu suivie à l'appréciation de la conformation et du développement, soit du cerveau, soit du crâne ; pour qui a cherché à faire cette appréciation et sur le mort et sur le vivant ; pour qui sait quelle difficulté on éprouve à mesurer d'une manière invariable, durant la vie, quelques uns des diamètres du crâne, et en particulier son diamètre bi-mastoïdien qui donne approximativement la largeur du cervelet ; pour qui a appris par expérience que, dans les animaux, à raison du mode des insertions musculaires qui ensevelissent sous leurs énormes masses toute la partie postérieure du crâne, cette mensuration est encore bien plus arbitraire et bien plus difficile que dans l'homme ; pour qui n'ignore pas que du diamètre transversal du cervelet, dans le cas même où il serait possible de l'apprécier d'une manière exacte, à travers les parties molles et les parties osseuses du crâne, on ne peut en aucune façon conclure le diamètre vertical de cet organe, c'est-à-dire, en définitive, ses dimensions et son volume ; pour qui est instruit de toutes ces circonstances, et a été aux prises avec toutes ces difficultés, il est de toute évidence que les faits particuliers que Gall dit avoir observés, soit dans l'homme, soit dans les animaux d'un grand cervelet, c'est-à-dire d'une large nuque, coïncidant avec un grand développement de l'amour physique, sont absolument de nulle valeur pour l'établissement de l'opinion qu'il a donnée comme leur expression, et de la loi qu'il en a fait découler. Mais ce qui est bien plus évident encore, c'est que ces faits, auxquels j'ai accordé un instant quelque apparence de valeur scientifique, en les supposant recueillis avec bonne foi, ne sont encore que des histoires à joindre à celles auxquelles ils sont mêlés. Je crois qu'on ne pourra guère en douter quand on aura lu le passage suivant. « J'ai rassemblé, dit Gall, beaucoup de têtes d'oiseaux » au commencement du printemps, saison de leurs amours les » plus ardeutes ; j'en ai rassemblé d'autres au commencement de » l'hiver, époque où tout ce qui a rapport à la propagation est » épuisé. *Dans les têtes rassemblées au printemps, le cervelet*

« est plus large et plus turgescent; dans les crânes, la proéminence qui y correspond est manifestement plus large et plus bombée que dans ceux recueillis au commencement de l'hiver (1). » Le cervelet, cette partie d'un organe indivis, qui croît au printemps pour décroître en hiver; le cerveau proprement dit ne partageant pas ces phases successives d'accroissement et de décroissement; et le crâne, cette enveloppe solide, de nature semi-calcaire, qui, dans une seule de ses parties aussi, suit ces alternatives d'augmentation et de diminution de volume! A qui Gall espérait-il donc faire admettre de pareilles fables? et ne s'est-il pas ainsi condamné lui-même à n'être cru ni dans ses assertions les plus fondées, ni dans l'énonciation des faits les plus vulgaires?

Le second ordre des preuves par lesquelles Gall a prétendu démontrer que le cervelet est l'organe de l'instinct de propagation, peut se rapporter à deux chefs : 1<sup>o</sup> faits dans lesquels la castration ou une altération des parties sexuelles aurait déterminé, suivant lui, une atrophie ou une maladie du cervelet; 2<sup>o</sup> faits dans lesquels une lésion chronique ou aiguë du cervelet aurait donné lieu, soit à l'atrophie des parties sexuelles, soit à l'altération ou à l'excitation de leurs facultés, soit à l'un et à l'autre de ces effets à la fois.

1<sup>o</sup> *Faits d'influence de la castration ou de la lésion des parties sexuelles sur le cervelet.* Des faits que cite Gall en ce genre, il n'y en a véritablement pas un seul qui prouve ce qu'il voudrait leur faire établir, et il y en a parmi eux d'évidemment controuvés. Tels sont les prétendus faits, représentés dans les planches de son atlas, de différence de développement, dans la région du cervelet, des crânes des animaux châtrés et de ceux qui ne l'ont pas été; différence, bien entendu, qui est, en plus, à l'avantage des derniers. Cette différence, dit Gall, est très sensible quand on compare les crânes des chevaux hongres à

---

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 281.

ceux des étalons (1). Or, vous allez voir ce qui en est de cette différence. M. G. Marchant a fait, à Alfort, à la prière de M. Leuret, des pesées comparatives de cerveaux et de cervelets de juments, de chevaux hongres et d'étalons; et savez-vous chez lesquels de ces animaux le cervelet s'est trouvé le plus pesant? chez les chevaux hongres d'abord, chez les juments ensuite, c'étaient les étalons qui avaient le cervelet le plus léger (2). Ce fait prouve d'abord que Gall s'est tout au moins trompé, en prétendant que la castration diminue le volume du cervelet, puisqu'on pourrait, avec bien plus de raison, arguer des faits que je viens de citer que c'est le contraire qui a lieu. Il prouve en second lieu, et ceci est relatif au rapport comparé du volume du cervelet à celui du cerveau dans les animaux mâles et dans les animaux femelles, que ce ne sont pas ces derniers qui l'ont le moins considérable, et cela, comme j'en ai montré tout-à-l'heure, contrairement à l'opinion alléguée par Gall, et aux prétendus faits qu'il a rapportés pour la prouver.

Gall, en même temps qu'il traite des effets de la castration chez les animaux, parle de ses résultats dans l'espèce humaine, et de l'atrophie du cervelet chez les eunuques (3). Où donc Gall a-t-il pu observer de pareils faits? Ils sont heureusement fort rares, soit en Allemagne, soit en France, et Gall n'a jamais été, que je sache, médecin de la chapelle du pape, ni archiâtre du grand seigneur. Ce ne sont assurément pas les deux faits de castration qu'il cite, qui l'ont mis en droit de conclure de la destruction du testicule à l'atrophie du cervelet. Car, dans l'un de ces faits, où l'autopsie cadavérique suivit, à six mois de distance, l'opération du sarcocèle, les altérations du cervelet, on ne peut plus mal décrites, si tant il y a qu'il en existât, se répétaient dans

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 286.

(2) *Anatomie comparée du système nerveux* de M. Leuret, t. I, p. 420 et suiv.

(3) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 288.

le cerveau (1); dans l'autre, où il s'agit d'un soldat qui, dans l'opération d'une hernie, avait perdu le testicule droit, la mort n'eut pas lieu, il n'y eut qu'examen de la nuque, et Gall ne manqua pas de trouver la bosse occipitale gauche beaucoup moins saillante que la droite (2). A la suite de ces deux pauvres observations, Gall dit avoir trouvé sur plusieurs lapins auxquels, six à huit mois auparavant, il avait fait enlever un testicule, une diminution de volume du lobe du cervelet du côté opposé à celui où la castration avait eu lieu, et la fosse occipitale correspondante également plus petite que l'autre (3). Les anatomistes qui ont eu occasion d'examiner des bosses occipitales de lapin se douteront bien que Gall n'a pas pu faire une pareille observation, et ils seront en cela de l'avis de M. Vimont. Ce consciencieux disciple de Gall affirme, en effet, n'avoir observé aucun amoindrissement d'un des lobes cérébelleux de quatre lapins châtrés d'un seul côté, et conservés pendant huit mois, c'est-à-dire exactement le même temps durant lequel son maître dit avoir conservé les siens (4).

Je passe sous silence les cinq ou six autres faits où des lésions, des froissements des parties sexuelles sont présentés comme ayant eu de l'influence sur la diminution de volume du cervelet, ou sur la production d'une altération de sa substance. Ces faits, dont deux au moins me semblent des histoires, n'ont aucune apparence même de valeur.

Maintenant, en regard de tous ces faits supposés, incomplets, mal observés, nuls, d'une castration, ou d'une lésion des parties sexuelles, qui aurait donné lieu à une atrophie ou à une altération du cervelet, combien n'en existe-t-il pas d'autres, où cette castration, et surtout cette lésion n'a été positivement

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 291.

(2) *Ibid.*, t. III, p. 292.

(3) *Ibid.*, t. III, p. 292.

(4) *Traité de phrénologie humaine et comparée*, t. II, p. 240.

suivie d'aucune influence de ce genre. Je ferai encore, et bien davantage, la même remarque à propos des faits par lesquels Gall a cherché à prouver que les lésions, soit chroniques, soit aiguës, du cervelet donnent lieu à l'atrophie, ou à une autre altération, des parties génitales. Cela ne me dispense pourtant pas d'en examiner au moins les principaux.

Une première remarque que je présenterai sur ces faits, c'est que depuis l'histoire de l'impuissance des Scythes, empruntée par Gall à Hippocrate, jusqu'à celle de madame de Burie, *qui, au rapport de Brantôme, ne gaignoit rien à bien faire son devoir avec son mari*, parce que celui-ci avait reçu jadis un coup de masse d'armes sur la nuque, il n'y est question, la plupart du temps, que de coups portés *sur la nuque*, et non point *dans le cervelet*; et nous savons ce que valent, avec Gall, les observations faites sur la nuque. Il y en a sept de ce genre-là, et nous pouvons bien les laisser. Dans une huitième, un coup de sabre alla jusqu'au cervelet, et les testicules s'atrophierent; mais la vue et l'ouïe se perdirent aussi (1). Gall n'avait pas pris garde à cette dernière circonstance, qui pourrait faire du cervelet, en vertu d'une déduction empirique équivalente, l'organe simultanée des fonctions sexuelles et des deux principaux sens externes. Dans une neuvième observation, qui a au moins quatre ou cinq pages, les testicules s'étaient encore atrophiés; mais les mouvements de tout le corps, la sensibilité, la raison, tout cela s'était aussi en partie aboli; et dans le crâne ce ne fut pas le cervelet qui fut trouvé malade, on ne constata en lui qu'un petit volume, mais ce furent le cerveau et la moelle allongée (2). Conçoit-on qu'une observation pareille ait pu être citée par Gall en preuve de son opinion sur la corrélation des lésions du cervelet aux lésions du testicule, ou à celle des fonctions sexuelles? Il y en a encore quelques autres de même force, et que, par cela même, je m'abstiens de mentionner.

---

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 301.

(2) *Ibid.*, t. III, p. 306 et suiv.

J'arrive aux maladies aiguës du cervelet, à ses hémorrhagies surtout, dans les résultats desquelles Gall, s'appuyant sur cinq ou six observations de M. Serres, a cru voir une éclatante confirmation de ses idées. Dans toutes il est question, en définitive, d'une surexcitation des parties sexuelles, qui serait un des symptômes exclusifs de cette hémorrhagie. Mais les faits qui montrent que cette surexcitation n'est point particulière à l'hémorrhagie du cervelet, et qu'elle peut se rencontrer aussi dans les hémorrhagies d'une autre partie de l'encéphale, sont de plus en plus vulgaires dans la science, et n'ont plus besoin que d'être rappelés. Il en est de même de ceux qui prouvent qu'une hémorrhagie, une lésion quelconque du cervelet peut avoir lieu sans érection, sans excitation même des parties sexuelles, et une, au moins, des observations de M. Serres montrait déjà qu'il en est ainsi (1). C'est là, du reste, ce que le travail de Burdach a prouvé de manière à ce qu'il n'y ait plus à revenir là-dessus (2). J'admettrai volontiers, et cela est en effet tout probable, que des cent soixante-dix-huit observations d'altération du cervelet dont ce travail donne les symptômes, observations prises de l'Allemagne, de la France, de l'Angleterre, de l'Italie, quelques unes ne valent pas grand'chose. Mais enfin de ces cent soixante-dix-huit observations de maladies du cervelet, il n'y en a que dix dans lesquelles on ait noté des lésions des fonctions génitales. Ce chiffre, le doublât-on encore, n'a pas besoin de commentaire, et il prouve, mieux que tout ce qu'on pourrait dire, le néant des preuves pathologiques prises par Gall, de faits exceptionnels ou mal observés, pour appuyer ses idées sur l'affectation du cervelet à l'instinct de reproduction.

En somme donc, de tous les genres de faits allégués par le

---

(1) *Sur les fonctions du cerveau*, t. III, p. 365.

(2) *Von bane und Leben des Gehirns*, Leipzig, 1819-26, 3 vol. in-4°, t. III, p. 297, 319, 423.



fondateur de l'organologie à l'appui de cette affectation, il n'en est pas un seul qui reste debout. Faits du développement corrélatif du cervelet et de l'instinct reproducteur dans la série animale; faits de ce même développement suivant les âges, le sexe, les individus; faits de l'influence des lésions des parties génitales sur le cervelet et de celle des maladies de cet organe sur les parties et les fonctions génitales : tous ces genres de faits étaient ou mal observés ou controuvés, ou bien ils ne renfermaient pas la preuve que Gall voulait en faire sortir. La critique à laquelle je me suis livré de ces faits a été longue et minutieuse, et elle devait l'être. Il s'agissait d'un organe le plus important de tous en quelque sorte, par son affectation à la perpétuation des espèces animales, et qui, par cette raison et par d'autres que j'ai rappelées, avait pu, jusqu'à plus ample informé, être pris en une certaine considération par la physiologie et par la pathologie. C'est à propos de cet organe, plus logique à la fois et plus physiologique que tous les autres, que j'ai voulu montrer tout ce qu'il y a de mauvaise observation et de mauvais raisonnement dans Gall, même quand il peut s'appuyer sur les résultats d'une observation réellement scientifique, et sur des hommes également scientifiques, disposés à entrer sur quelque point en communauté d'idées avec lui. Pour achever la démonstration, il me reste à rappeler brièvement l'opinion actuelle des physiologistes sur les fonctions véritables du seul organe phrénologique auquel ils aient accordé un instant d'attention.

Je ne sais pas si M. Serres, dont les observations d'apoplexie cérébelleuse ont été si utiles à Gall, et sont pourtant si peu concluantes, croit encore que le cervelet est, au moins dans sa partie centrale et fondamentale, l'organe de l'amour physique (1). Je ne sais pas si M. Ségalas est encore à peu près d'avis

---

(1) *Recherches sur les maladies organiques du cervelet* (*Journal de physiologie expérimentale*, t. II, p. 173, 249). *Anatomie comparée du cerveau*, 2 vol. in-8, 1827, t. II, p. 607, 717.

qu'en portant dans la nuque d'un pauvre animal un stylet qui, pour provoquer seulement l'érection, est obligé d'aller, à travers le cervelet, jusqu'à la moelle épinière, on prouve par cela même que le cervelet est l'organe qui excite à l'érection (1). Tout ce que je sais, ce que tout le monde sait, c'est que la science, à l'heure qu'il est, s'est retirée de cette voie et de cette croyance. Pour elle, le cervelet n'est pas plus l'organe de la sensibilité sexuelle, qu'il n'est celui de la sensibilité générale. Peu confiante dans des observations pathologiques, qui peuvent offrir tous les ordres de symptômes, elle a demandé à la physiologie expérimentale de lui dire, dans la mécanique nerveuse, quel rouage c'est que le cervelet; et la physiologie expérimentale, malgré quelques graves différences de langage de la part de ses interprètes, lui a répondu, par la bouche de MM. Rolando, Schoëps, Magendie, Flourens, Hertwig, Longet et autres, que le cervelet paraît être le rouage encéphalique plus particulièrement affecté au mouvement, et qu'il n'est, en aucune façon, celui de la reproduction de l'espèce.

Parmi les phrénologistes, plusieurs, et des plus considérables, n'ont pas craint de prêter les mains à cette spoliation du plus important organe du système. M. Vimont, lui-même, désespérant de l'empêcher, a cru devoir, pour la rendre moins complète, proposer une transaction. Il a demandé que quelque chose au moins du cervelet continuât à servir à l'instinct de reproduction, et, concédant aux mouvements, sa partie la plus essentielle, c'est-à-dire sa partie centrale, il a prié qu'on réservât ses masses latérales pour l'instinct de l'amour physique (2). C'est, comme on voit, une opinion opposée à celle de M. Serres, et M. Vimont, en signant un pareil traité, n'a, ce me semble, oublié qu'une petite chose, c'est que la portion centrale du cervelet est la seule partie de cet organe qui persiste dans les pois-

---

(1) *Journal de physiologie expérimentale*, t. III, 1821, p. 293.

(2) *Traité de phrénologie humaine et comparée*, t. II, p. 142.

sons, les reptiles et les oiseaux, tous animaux qui cependant ont quelque penchant à se reproduire, et y réussissent assez bien. Fen Sarlandière, un autre grave phrénologue, dont j'aurai à parler plus tard, prenant plus bravement son parti, a placé l'organe de l'amour physique à la partie postérieure des hémisphères cérébraux, et a franchement reconnu le cervelet comme l'organe central des mouvements (1). Enfin, M. le professeur Bouillaud a également sur ce point abandonné la doctrine du maître, et il ne s'est pas contenté d'une simple accession à l'opinion désormais victorieuse : il est venu joindre ses expériences personnelles à celles qui prouvaient déjà que le cervelet n'est ni le foyer de la sensibilité générale, ni l'organe de l'instinct de propagation, mais qu'il est l'organe de coordination de la plus grande partie au moins des mouvements (2).

## QUELQUES OBSERVATIONS

RELATIVES

# A L'ACTION DE LA CORDE DU TYMPAN DANS LA GUSTATION.

RÉPONSE A UN ARTICLE DU D<sup>r</sup> VERGA, INSÉRÉ DANS LA GAZETTE MÉDICALE DE MILAN (24 JUIN 1843), SOUS LE TITRE DE :

STUDI DEI SIGNORI BERNARD E GUARINI  
SULLA CORDA DEL TIMPANO.

Lorsque dans un précédent mémoire, rapprochant les expériences des faits pathologiques, je crus pouvoir établir que la

(1) *Comment on peut procéder à la découverte des organes situés à la base du cerveau.* (*Journal de la Société phrénologique de Paris*, t. I, 1832, p. 270 et suiv.)

(2) *Recherches expérimentales tendant à prouver que le cervelet préside aux actes de la station et de la progression, et non à l'instinct de la propagation.* (*Archives générales de médecine*, t. XV, p. 61.)

*corde du tympan exerce une influence sur le sens du goût*, je devais souhaiter que d'autres travaux vinssent confirmer le mien; et sous ce rapport, je m'estime heureux que mes observations soient d'accord avec celles du docteur Verga.

Mais lorsqu'un fait semble être bien établi, il est naturel d'en chercher l'explication. Ce besoin de notre esprit, qui nous porte d'abord dans le champ des hypothèses, devient toujours profitable à la science; car ce n'est qu'au moyen de nouvelles expériences que nous pouvons apprécier la valeur de nos suppositions, et savoir à laquelle nous devons nous arrêter comme la plus probable et la plus vraie.

C'est ainsi que je dus procéder dans mes recherches sur la corde du tympan.

La nature motrice de ce filet nerveux et son influence sur la gustation sont aujourd'hui des faits admis par M. le docteur Verga, par M. Diday et par moi. Mais le mécanisme de cette singulière influence peut s'expliquer de deux manières: 1° en admettant que les fibres du muscle lingual, animées par la corde du tympan, out pour usage d'opérer médiatement une espèce de redressement des papilles qui favorise la gustation en mettant ces organes dans un contact plus direct et plus multiplié avec les corps sapides; 2° ou pouvait encore supposer que l'action de la corde du tympan s'exerce directement sur la papille de manière à rendre l'absorption des molécules sapides active et instantanée.

La première explication est admise par MM. les docteurs Verga et Diday; la seconde est celle que j'ai émise dans mon mémoire; et j'ai pour but dans cette note d'ajouter quelques arguments nouveaux en sa faveur.

Mais avant d'en venir à l'exposition de ces faits, qu'il me soit permis de jeter un regard rétrospectif, afin de montrer que ces deux explications se tiennent de très près, et qu'elles ne sont que les variantes de la même opinion qui admet *une action directe motrice de la corde du tympan sur la muqueuse linguale*.

Au mois d'avril 1842, j'avais déjà commencé quelques expériences sur la corde du tympan, et j'avais pu me convaincre d'une manière positive que la section de ce nerf diminuait la sensibilité gustative dans le côté correspondant de la langue. Alors, mon ami, M. le docteur Pomiès, faisant sa thèse sur les fonctions de la septième paire, me demanda quelle explication je pouvais lui donner de cette influence de la corde du tympan sur le goût; je répondis que je pouvais seulement affirmer deux choses : 1° que le nerf était moteur et se ramifiait avec le lingual dans la muqueuse de la langue; 2° que la section de ce filet nerveux diminuait le sens du goût dans la moitié antérieure correspondante de la langue.

L'explication de cette diminution gustative ne m'avait pas encore beaucoup préoccupé. Cependant, ayant fait ce rapprochement anatomique, que la corde du tympan, après s'être mélangée aux fibres du nerf lingual, semble s'épuiser à la face profonde de la muqueuse de la langue, comme les filets du facial, après s'être associés aux rameaux superficiels de la cinquième paire, s'épuisent à la face interne de la peau dans le muscle peaucier; on pourrait peut-être, dis-je, donner par analogie l'interprétation suivante, qui se trouve comprise dans le passage de la thèse de M. le docteur Pomiès que je vais rapporter (V. 2 mai 1842, page 49.) « M. Bernard, éprouvant compara-  
 » tivement la sensibilité gustative des deux côtés de la langue  
 » sur un chien, auquel il avait coupé dans le crâne le nerf facial  
 » droit, constata un défaut d'égalité, surtout par l'impression  
 » causée par des saveurs dont le véhicule est un corps solide.  
 » La sensation alors est nulle ou très obtuse à droite, tandis qu'à  
 » gauche elle est prompte et vivement manifestée. Cependant  
 » M. Bernard ne renonça pas à regarder la corde du tympan  
 » comme une branche motrice du nerf facial; mais, se fon-  
 » dant sur ce fait, que des rameaux du facial semblent présider  
 » au mouvement des moustaches mobiles des animaux, il admit  
 » à priori une action musculaire spéciale produisant une sorte

» de redressement des papilles , phénomène nécessaire à l'exercice de la fonction du goût. Cette manière de voir permettrait ainsi d'assimiler l'influence médiate de la septième paire sur le goût à celle qu'elle exerce sur la vue, l'odorat, et peut-être sur l'ouïe. »

C'est plus tard que M. Diday, en rendant compte dans la *Gazette médicale* d'un mémoire de M. Guarini, admit l'influence de la septième paire sur le goût, et formula une explication semblable à la précédente qu'il connaissait, du reste, très bien. M. Diday, n'admettant pas comme suffisamment démontrées les conclusions de M. Guarini, ajoute : « S'il nous était permis d'émettre une hypothèse à la place d'une autre hypothèse, et sur tout de la fonder sur un fait aussi douteux que l'est encore l'influence du facial sur les mouvements de la langue, nous serions plutôt d'avis que l'action du muscle lingual a rapport à la gustation, et que la contraction de ses fibres a pour but de déterminer une application plus intime de la papille sensible contre le corps sapide. Au reste, une opinion à peu près semblable a déjà été émise par M. Bernard (V. Thèse de Paris du 2 mai 1842), et elle trouverait un appui dans trois faits pathologiques (dont l'un observé par nous, en 1835, à la Salpêtrière), où une diminution marquée de la faculté gustative a coïncidé avec la paralysie du facial. » (*Gazette médicale* du 6 août 1842.)

M. le docteur Verga, d'après les faits pathologiques qu'il a observés, et s'appuyant sur des expériences galvaniques qui lui sont propres, admet aussi l'influence médiate de la septième paire sur le goût. Je demande pardon de cette petite digression; mais je voulais montrer que ces théories, énoncées dans les *Gazettes médicales* de Paris et de Milan, ne diffèrent pas de celle que j'ai émise dans la thèse de M. Pomiès, puisque l'influence de la corde sur le goût s'y trouve expliquée sans admettre que ce nerf possède des filets sensitifs, ce qui distingue encore cette manière de voir de celle de M. le professeur Bérard.

Actuellement, je crois que la corde du tympan agit sur les papilles elles-mêmes en activant l'absorption, au lieu d'agir sur le tissu musculaire sous-muqueux. Voici les arguments qu'on peut invoquer en faveur de cette explication.

Il était déjà dit, et aujourd'hui, grâce aux derniers travaux de MM. Gruby et Lacauchie, il est bien démontré que les papilles intestinales sont dotées d'un appareil musculaire destiné à accomplir l'absorption des matières liquides ambiantes, en provoquant des mouvements papillaires particuliers de resserrement et de dilatation. L'absorption est donc active, et les mouvements en vertu desquels elle s'accomplit sont sous l'influence de nerfs moteurs, préalablement unis à un grand nombre de filets sympathiques. Dans la langue, les choses se passent de même, et le filet moteur des papilles est la corde du tympan qui s'associe en passant à un grand nombre de filets sympathiques.

J'ai trouvé dans les expériences suivantes la confirmation de ce que je viens d'avancer.

J'ai pris deux chiens de même taille et de même âge, dont un avait la corde du tympan coupée des deux côtés depuis vingt-quatre heures. Sur les deux animaux, j'ai attiré la langue au dehors de la gueule, et je l'y ai maintenue au moyen d'une très forte et très longue aiguille qui traversait l'organe à sa base. Je laissai alors tomber avec une pipette deux gouttes d'acide cyanhydrique au quart sur la pointe de la langue des deux animaux. Au bout d'une minute et six secondes, le chien normal fut pris de convulsions, tandis que celui qui avait la corde du tympan détruite ne fut pris des mêmes accidents qu'après une minute et demie. J'ai trois fois répété l'expérience avec la même issue. Mais j'avoue que la différence du temps est si petite, que tous les esprits pourraient bien ne pas être convaincus. C'est pour cela que j'ai tenté l'expérience suivante qui me paraît plus probante. J'ai empoisonné comparativement avec la strychnine introduite dans l'estomac des chiens à jeun, dont les uns avaient les pneumo-gastriques coupés, tandis que les autres étaient normaux. Constam-

ment, l'empoisonnement a été plus lent de quatre à six minutes chez les chiens qui étaient privés de leurs pneumo-gastriques. Ces expériences sont parfaitement d'accord avec des résultats semblables obtenus par Muller.

Du reste, les faits que je viens d'énoncer brièvement font partie d'un autre travail plus étendu. Je me contente pour le moment d'en tirer quelques corollaires (sauf à les démontrer plus tard) à l'appui de mon opinion sur les usages de la corde du tympan. Ces corollaires établissent : 1° que les muqueuses reçoivent des nerfs moteurs présidant aux mouvements papillaires dans les points où l'absorption est active ; 2° que l'absorption devient passive et beaucoup plus lente quand ces nerfs moteurs sont coupés ; 4° si, comme je le crois, c'est de cette manière que la corde du tympan agit sur la muqueuse linguale, il faut donc admettre que l'absorption des molécules sapides précède leur impression sur les nerfs du goût.

J'avais encore avancé dans mon mémoire que les mammifères seuls étaient pourvus d'une corde du tympan, et que je n'avais jamais rencontré ce filet nerveux chez les oiseaux, ni chez les reptiles que j'avais pu disséquer. J'ai eu lieu, je l'avoue, d'être surpris lorsque j'ai lu que M. Guarini avait coupé la corde du tympan sur les oiseaux. Je dois cependant pour aujourd'hui m'abstenir de toute réflexion à ce sujet, puisque M. Guarini ne décrit pas son procédé opératoire et n'indique pas les espèces d'oiseaux sur lesquels il a expérimenté. L'auteur dit seulement que les résultats qu'il a obtenus lui ont paru obscurs et si douteux, qu'il n'avait pas cru devoir en parler dans son premier mémoire, qui était le seul dont je pouvais alors avoir connaissance.



## Pathologie. Maladies mentales.

---

### DES FAUSSES MEMBRANES DE L'ARACHNOÏDE

ET PRINCIPALEMENT

DE LEUR MODE DE FORMATION CHEZ LES ALIÉNÉS,

PAR

**M. AUBANEL,**

Docteur en médecine, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille,  
ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société anatomique et de la  
Société médicale de Malte.

---

#### **Seconde Partie.**

Les fausses membranes qui se développent dans le cerveau des aliénés, et qui occupent la grande cavité de l'arachnoïde, se présentent, indépendamment de leurs degrés variés d'organisation, sous deux états qu'il est important de distinguer dans l'étude de leur mode de formation : les unes, constituées par un double feuillet, forment un sac qui est quelquefois vide, mais qui renferme ordinairement, dans une partie ou dans la totalité de sa capacité, soit du sang liquide, soit des caillots sanguins, et même des masses fibrineuses plus ou moins décolorées : ce sont ces cas que l'on a désignés sous le nom d'*hémorragies enkystées des méninges*. Les autres se présentent sous une forme plus simple : ce sont des fausses membranes à un seul feuillet, étendues sur une surface plus ou moins grande du cerveau, quelquefois à peine développées, comme nous l'a-

vons vu dans les premières observations ; d'autres fois tout-à-fait organisées, et ressemblant alors plus ou moins entièrement à des membranes séreuses naturelles. Etudions séparément ces deux manières d'être.

#### 1° PSEUDO-MEMBRANES ENKYSTÉES.

Notre but n'étant point de faire l'histoire de ces hémorrhagies enkystées des méninges, la première question qui se présente à résoudre est celle de savoir comment se forme dans ces cas le kyste pseudo-membraneux qui entoure le foyer sanguin. A l'imitation du docteur Calmeil, trois suppositions sont permises à ce sujet : ce sac est-il le résultat de l'organisation des couches périphériques du sang répandu en foyer assez considérable dans les méninges ? ou bien est-ce le sang qui aura déterminé une irritation dans les membranes, et celle-ci à son tour la sécrétion d'une matière plastique qui aura présidé au développement de la poche hémorrhagique ? ou enfin ce kyste pré-existait-il à l'épanchement, et ne serait-ce que par suite d'une exhalation consécutive que le sang se serait répandu dans sa cavité ?

Plusieurs raisons m'autorisent à croire que les kystes pseudo-membraneux qui entourent ces dépôts sanguins doivent être le résultat de l'organisation des couches les plus superficielles, de celles qui occupent la périphérie du foyer. D'abord c'est un fait assez bien observé, que le sang, dès qu'il est répandu dans une cavité organique, et même, ce qui est plus curieux, dans un vase inerte ; se concrète en quelque sorte à sa superficie, et s'entoure très rapidement d'une espèce de coque, assez semblable sous plusieurs rapports à ces kystes, lorsqu'ils ne sont encore arrivés qu'à un degré peu avancé de leur développement. Les auteurs qui ont eu occasion d'observer de ces dépôts sanguins à une époque très rapprochée de leur formation, ont assisté en quelque manière à la création des productions membraneuses qui allaient les envelopper de toutes parts. C'est ainsi

que M. Longet a vu, dans un cas de dépôt sanguin assez considérable pour avoir déterminé une compression du cerveau, une légère pellicule pseudo-membraneuse commençant à revêtir le foyer, et paraissant s'être formée aux dépens seulement du liquide avec lequel elle était en contact. M. Velpeau a cité le cas d'un foyer sanguin de l'arachnoïde; traumatique je crois, qui commençait aussi à s'entourer d'une pellicule en tout point semblable à la séreuse cérébrale. Mon ami le docteur Boudet, que j'aurai encore l'occasion de citer plusieurs fois dans le cours de ce travail, a vu d'une manière non douteuse, dans un cas d'apoplexie méningée récente, la couche de sang la plus rapprochée de la séreuse s'étaler en fausse membrane, et se confondre par gradation avec la couche liquide qui la recouvrait.

Du reste, comme nous l'avons dit, tout épanchement sanguin dans une cavité organique s'entoure, plus ou moins longtemps après, d'un kyste pseudo-membraneux; les auteurs ont cité des cas de dépôts circonscrits de la plèvre, du péritoine, du péricarde, et même de la tunique vaginale, où il s'était formé aux dépens du sang épanché une enveloppe membraneuse qui entourait tout le foyer. M. Boudet avance avec raison que ces productions accidentelles provenant du sang épanché dans les séreuses, peuvent revêtir identiquement le même aspect que les séreuses avec lesquelles elles sont en contact. « C'est une chose que l'on regardera comme toute naturelle, a dit ce jeune médecin, si l'on réfléchit que la séreuse artificielle est un produit du sang, comme la séreuse naturelle, et que cette production accidentelle doit être soumise pour cette raison aux mêmes lois que la production primitive. » C'est d'après le même mécanisme, à notre avis, que se forment ces légères pellicules que l'on a trouvées quelquefois à la surface interne des artères dans des cas d'anévrisme; ce sont elles qui, en se confondant intimement par leurs extrémités avec la tunique interne de l'artère, ont fait croire à Dupuytren, quand elles faisaient une saillie sacciforme à travers les autres tuniques déchirées, que la

variété d'anévrisme *mixte interne*, admise par Laucisi, existait réellement. C'est probablement le sang, dans ces cas, qui préside à la formation de ces pellicules pseudo-membraneuses, suivant cette propriété singulière que nous lui connaissons de se transformer en un produit membraneux, dès qu'il est dans un état de stase et qu'il ne circule plus normalement dans l'économie.

Ceux qui ont eu occasion d'observer des cas d'hémorragies enkystées des méninges ont pu s'assurer que les qualités physiques du sac étaient loin d'être toujours semblables : tantôt ce n'est qu'une simple pellicule qui le constitue, tantôt ses parois sont plus denses, et il renferme dans son épaisseur des taches de sang, des ecchymoses, et même de véritables caillots; d'autres fois le sac est beaucoup plus épais, et il résulte de là superposition de plusieurs lames très distinctes; dans quelques cas, enfin, il est si épais et si consistant qu'il ressemble presque entièrement au tissu de la dure mère, à part sa résistance qui est toujours moindre, et sa couleur qui est ordinairement rouge, jaune ou roussâtre, en raison de l'état du liquide qu'il renferme dans sa cavité. Ces caractères physiques n'indiquent point une origine différente; ils ne sont que l'expression des périodes d'avancement où est arrivée l'organisation du sac : celui-ci sera à peine formé lorsque la date de l'épanchement sera encore toute récente; il sera plus dense et plus complet lorsque l'hémorragie remontera à une époque assez éloignée; et enfin il se rapprochera des productions membraneuses d'origine plastique, si je puis m'exprimer ainsi, lorsque la maladie sera très ancienne, et qu'il ne restera plus dans le foyer que de la fibrine décolorée, ou même simplement de la sérosité roussâtre. Ce dernier degré d'évolution s'observe très rarement, parce que généralement la mort survient assez vite chez ces malades, à cause des nombreuses lésions cérébrales qui existent simultanément. J'ai observé des exemples de ces variétés d'organisation, et chaque fois l'état de développement du sac pseudo-

membraneux m'a paru être en rapport avec les changements que le sang avait subis, ce qui revient à dire avec le plus ou le moins d'ancienneté de la maladie.

Les diverses transformations des dépôts sanguins de l'arachnoïde, d'abord la formation et l'organisation successive de ce sac membraneux qui vient les envelopper, ensuite l'absorption graduelle du liquide contenu dans cette cavité, ces transformations, dis-je, me paraissent être le résultat d'un travail salutaire, l'expression admirable des moyens que la nature emploie pour débarrasser le cerveau de ce corps étranger qui le gêne et qui trouble ses fonctions. Ce travail est comparable à ce qui arrive dans les apoplexies parenchymateuses, où l'on voit quelquefois se former autour du foyer une pseudo-membrane qui finit par l'isoler entièrement du tissu cérébral. On trouve dans une thèse de M. Longet plusieurs cas de kystes regardés avec raison comme des hémorragies méningées guéries. Riobé parle d'un homme qui, devenu hémiplegique, finit par recouvrer graduellement au bout de dix-huit mois toute la liberté de ses mouvements, et à l'autopsie duquel, une maladie accidentelle ayant amené la mort, on trouva dans le ventricule droit un peu de sang coagulé, et la pseudo-membrane qui enveloppait ce caillot jaunâtre, très épaisse. Abercrombie cite aussi le cas d'un sac qui renfermait du sang et de la sérosité, et un autre cas où il existait dans la cavité de l'arachnoïde une matière jaune et ferme, n'étant autre chose, suivant lui, qu'un kyste affaissé et paraissant provenir d'une extravasation de sang résorbée.

Ces sortes de gâteaux pseudo-membraneux que l'on rencontre quelquefois dans le cerveau, et qui ne renferment plus aucune trace de sang dans les nombreuses aréoles de leur tissu, ne sont point peut-être le résultat, comme on l'a dit, de la solidification d'une matière plastique, sécrétée par les membranes cérébrales, mais bien la terminaison salutaire d'un ancien dépôt de sang qui se sera transformé successivement et en totalité en ce produit accidentel. Nulle part cette transformation ne m'a paru

plus évidente que dans une observation publiée par M. Lélut ; nous y trouvons la description suivante : « Ce sac pseudo-mémbraneux est composé au moins de deux couches ; la plus extérieure est lisse, unie, très résistante, quoique un peu transparente et plutôt fibreuse que celluleuse, bien qu'elle ne présente aucune apparence de fibres. L'intérieure est rouge, molle, composée d'une multitude de filets de même couleur, extrêmement ténus et entremêlés de taches rouges irrégulières, de quelques lignes de diamètre. Cette couche est très peu consistante, et s'enlève ou se déchire avec facilité ; sur la convexité de l'hémisphère et en dedans elle est séparée de l'autre et flotte dans l'intérieur du sac. Les lambeaux, en cet endroit, ressemblent à du sang que l'on aurait battu et lavé ; ailleurs la couche est moins molle, quoiqu'elle le soit encore beaucoup. On pourrait distinguer encore, outre ces deux couches pseudo-membraneuses, une couche intermédiaire qui les unit l'une à l'autre, et qui tient à la fois de l'une et de l'autre. La cavité de la fausse membrane contient, outre les lambeaux flottants de sa couche interne, une once ou une once et demie d'une sérosité ou plutôt d'une sanie roussâtre, dans laquelle nagent quelques flocons de la couche pseudo-membraneuse interne. » Il résulte pour moi de cette description, que le sac qui entourait le liquide était un produit du sang épanché, et ce liquide roussâtre un reste d'épanchement qui aurait probablement fini par disparaître tout-à-fait si la mort était survenue à une époque plus éloignée. Du reste, les faits de ce genre ne sont pas excessivement rares, et je pourrais en citer d'autres, si je les croyais nécessaires à la démonstration de cette tendance remarquable à un travail réparateur que présentent tous les épanchements sanguins de l'arachnoïde.

On a dit que le sac pseudo-membraneux ne pouvait pas être produit par le sang renfermé dans son intérieur, parce que ce kyste dans bien des cas, au lieu de se mouler exactement sur le dépôt, s'étend au loin, de manière à ne plus présenter à quel-

que distance qu'une cavité vide, sans aucune trace de liquide sanguin. Ces faits sont réels, et j'en ai moi-même observé à l'hospice de Bicêtre un cas très remarquable où le sac pseudo-membraneux offrait en un point une cavité remplie de caillots fibrineux décolorés, en un autre point de la sérosité simplement entre les deux feuillets de la poche, et enfin dans un certain endroit de son étendue, la cavité avait totalement disparu, par suite d'une adhérence complète entre les deux feuillets du kyste membraneux. Qui ne voit dans ce fait, et dans ceux de cette espèce, publiés par les auteurs, un exemple frappant des progrès de ce travail réparateur qui tend à faire disparaître toutes les traces de sang pour ne plus laisser dans la cavité de l'arachnoïde qu'un simple produit pseudo-membraneux?

Une circonstance qui a pu faire croire que ces sortes de kystes ne prenaient pas leur origine dans le sang et qu'ils devaient préexister à l'épanchement, c'est que dans plusieurs cas d'hémorragies méningées très récentes, l'on avait trouvé la poche déjà parfaitement formée et entourant de toutes parts le dépôt sanguin. Mais les faits nous ont prouvé aujourd'hui que ces kystes se forment avec une merveilleuse rapidité; on a cité des cas où au bout de cinq jours la fausse membrane a été trouvée déjà assez bien développée et très distincte. Le sang est de tous les liquides de l'économie, comme l'a observé M. Boudet, celui qui s'enveloppe avec la plus grande facilité d'une pseudo-membrane, dès qu'il est épanché dans une cavité.

Les taches de sang, les ecchymoses et les caillots que l'on trouve quelquefois logés dans l'épaisseur des parois du sac ou entre les diverses lames qui les constituent, prouvent encore le mode de formation que nous cherchons à assigner à ces kystes hémorragiques. En effet, ces taches et ces ecchymoses ne se rencontrent ordinairement que dans les cas d'hémorragies récentes, alors que la fausse membrane n'est pas encore bien organisée et que le sang exhalé n'a pas encore été entièrement absorbé. Quant aux caillots, emprisonnés ainsi entre deux lames

membraneuses, ils peuvent dépendre, soit d'une exhalation secondaire qui se serait opérée dans l'écartement de deux feuillets, soit d'une nouvelle extravasation de sang qui serait faite à la surface interne du kyste, et qui aurait fourni par ses couches périphériques des éléments de formation à une nouvelle enveloppe, à un kyste secondaire, placé sur les parois du kyste principal.

De ce que l'on trouve dans des kystes parfaitement organisés du sang liquide et des caillots dont l'aspect indique une hémorrhagie plutôt récente qu'ancienne, il ne faudrait pas en conclure que le sac, à cause de son organisation avancée, a préexisté à l'épanchement sanguin qui occupe sa cavité; car il peut arriver que le phénomène d'absorption devienne moins actif ou même s'arrête tout-à-fait, lorsque les couches superficielles de dépôt sanguin se seront transformées en enveloppe membraneuse, et que le reste du sang qui restera emprisonné dans le sac de nouvelle formation, continue pendant un temps plus ou moins long à conserver tous les caractères d'un épanchement récent. Ce manque d'absorption, cet état stationnaire s'observe aussi dans les hémorrhagies interstitielles du cerveau. On ne peut expliquer que de cette manière ces cas où l'on trouve dans l'intérieur d'un sac très bien organisé du sang liquide ou réuni en caillots, quoique par l'étude des symptômes l'on soit forcé de faire remonter l'origine de la maladie à une époque assez éloignée.

Je regarde à peu près comme inadmissibles, dans les cas qui nous occupent, les deux hypothèses suivant lesquelles une lymphe plastique présiderait au développement de ces kystes hémorrhagiques, soit que le sac préexistât à l'épanchement, soit qu'il ne vînt qu'après et que la sécrétion de la matière plastique fût le résultat de l'irritation déterminée par la présence du sang au milieu des membranes. En effet, si ces productions pseudo-membraneuses se formaient ainsi, nous trouverions ordinairement, dans le cerveau de ces aliénés, des traces plus ou moins



évidentes de cette lymphe coagulable ou des caractères anatomiques qui nous indiqueraient l'existence de cette sécrétion. Ne voit-on pas dans les fausses membranes de la poitrine et de l'abdomen, suite d'une inflammation séreuse, de la sérosité trouble, des flocons albumineux et même du pus en nature? Cela se rencontre aussi dans les fausses membranes du cerveau, venues à la suite d'une arachnitis. Mais chez les aliénés, et dans ces sortes de productions que nous avons examinées, nous n'avons jamais trouvé dans leur encéphale, dans les cas récents comme dans les cas anciens, des preuves qui puissent faire admettre ce mode de formation, tandis que tout, au contraire, nous autorise à penser que le sang a joué le plus grand rôle dans cette création accidentelle.

Ce qui a pu faire croire qu'une lymphe plastique n'était pas étrangère à ce développement pseudo-membraeux, c'est d'une part l'aspect que ces fausses membranes présentent, quand elles sont dépouillées de tous les caractères que le sang leur avait primitivement imprimés, c'est d'autre part la ressemblance si intime qu'elles ont alors, soit avec les séreuses naturelles, soit avec les produits membraniformes des plèvres ou du péritoine qui proviennent réellement de l'organisation d'une matière plastique. Nous avons cherché déjà à nous rendre compte des divers changements que pouvaient subir ces productions d'origine sanguine; nous avons vu une fausse membrane qui en totalité avait déjà perdu tous ses caractères primitifs de formation; une autre où certaines portions présentaient cette physionomie, tandis que d'autres portions moins avancées offraient encore des traces évidentes du sang qui avait présidé à son développement. Enfin, ne reste-t-il pas démontré dans la science que ces sortes de fausses membranes peuvent finir à la longue par revêtir toutes les qualités physiques d'une séreuse accidentelle? Du reste, pourquoi n'en serait-il pas ainsi, puisque c'est le sang en définitive qui concourt à leur formation, directement dans un cas quand c'est le sang en nature qui s'organise, médiatement

dans l'autre quand c'est la matière plastique, qui elle-même n'est qu'un produit du liquide circulatoire? M. Foville a dit qu'il n'existe qu'une faible différence entre les enveloppes accidentelles et le sang exhalé: c'est dans un cas la fibrine seule qui est exhalée, c'est dans l'autre la fibrine et les autres parties du sang. Nous ne croyons pas que la séreuse cérébrale puisse exhaler de la fibrine séparée des autres parties constitutives du sang; c'est toujours ce liquide en nature, qui est exhalé; c'est l'absorption plus tard qui vient isoler la substance fibrineuse. Mais en admettant que cette hypothèse soit vraie, il s'ensuit, puisque la fibrine seule peut s'organiser en fausses membranes, que, dans les épanchements sanguins de l'arachnoïde, il pourra arriver que l'absorption fasse disparaître toutes les parties du sang qui peuvent être entraînées, et qu'il ne reste plus dans le foyer que la portion fibrineuse qui se transformera en un produit, en tout semblable au produit fourni par une exhalation fibrineuse primitive. C'est, en effet, ce qui arrive à une époque avancée du développement des fausses membranes qui nous occupent; alors toutes les traces de sang ayant disparu, il n'existe plus dans leur aspect et même dans leur structure aucun caractère différentiel qui puisse les faire distinguer des fausses membranes d'une origine différente.

Toutefois, pour ne pas être trop exclusif, nous ne contestons point que dans quelques cas, rares à la vérité, il ne puisse se former chez les aliénés des fausses membranes, aux dépens d'une matière plastique sécrétée par l'arachnoïde. Cela se voit dans les plèvres, le péritoine et le péricarde; pourquoi la séreuse cérébrale ne jouirait-elle pas du même privilège que les autres séreuses de l'économie? Mais ce mode de formation n'est point certainement celui qui a présidé au développement des kystes pseudo-membraneux qui nous occupent, et, quoique l'on ne puisse rejeter la possibilité de ce genre de formation, tout me porte à croire que chez les aliénés paralytiques, les seuls pour ainsi dire sur lesquels ces productions ont été observées, c'est

le sang répandu dans la cavité de l'arachnoïde qui leur fournit les premiers éléments d'organisation.

Il n'est pas impossible, ainsi que l'ont voulu les auteurs, que dans un de ces kystes, il ne se fasse, lorsqu'il sera devenu vasculaire, une exhalation secondaire. L'hémorrhagie méningienne peut être intermittente, comme l'a dit M. Boudet : c'est dans ces cas que l'on trouve dans le foyer plusieurs sortes de matières, les unes présentant les caractères du sang récemment sorti des vaisseaux, les autres, les qualités d'un épanchement plus ancien. On comprend même que cette hémorrhagie secondaire ne se fasse qu'à une époque où le kyste sera entièrement dépouillé des traces du sang qui ont concouru à sa formation, mais cela n'exclut point la nature de son origine; ce sont alors deux hémorrhagies : la première, ou du moins son produit, s'est transformée entièrement en un sac pseudo-membraneux; la seconde est venue remplir la cavité de cette poche préexistante, en attendant de subir, plus ou moins longtemps après, la même transformation. On comprend encore qu'une très légère extravasation de sang se faisant dans l'arachnoïde, sur ses deux feuillets à la fois, il puisse en résulter une fausse membrane à double feuillet, qui pourra par la suite former une véritable poche, et celle-ci devenir le siège plus tard d'une hémorrhagie secondaire. C'est un travail de cette nature qui s'opérait dans cette observation où nous avons vu une membrane pelliculeuse recouvrir, d'une part l'hémisphère du cerveau, d'une autre part la surface interne de la dure-mère, et ces deux lames se réunir à la base du cerveau pour ne plus constituer qu'un seul feuillet. C'était là un commencement de formation d'un sac, une poche encore incomplète; mais plus tard peut-être, si la vie se fût prolongée, le kyste aurait pu se compléter et devenir, plus ou moins longtemps après, le siège d'une de ces hémorrhagies secondaires. C'est peut-être par un mécanisme d'exhalation intermittente que se forment les diverses lames qui entrent quelquefois dans la composition des parois du kyste; ce seraient chaque fois les cou

ches superficielles du sang exhalé qui s'organiseraient, et les lames résultant de cette organisation qui, en se superposant les unes aux autres, finiraient par ne plus former qu'un tout contenu, un sac pseudo-membraneux d'une certaine épaisseur.

## 2° FAUSSES MEMBRANES ARACHNOÏDIENNES.

Les caractères que présentent les fausses membranes de nos dix premières observations ne doivent pas nous laisser le moindre doute sur la nature essentiellement sanguine de leurs éléments de formation; car ce travail pathologique ayant été saisi à son point de départ de développement, nous avons trouvé du sang liquide dans le cerveau, plus loin du sang réuni en caillots, ailleurs des caillots qui s'amincissaient et s'étaient en membrane, dans d'autres points une trame membraniforme constituée par des filaments rougeâtres; et enfin, dans certains endroits, un véritable tissu pseudo-membraneux dépouillé entièrement des traces du liquide formateur. Nous croyons inutile de revenir sur les considérations que nous a suggérées l'analyse de ces observations.

Ces faits sont curieux, en ce sens qu'ils nous ont permis d'assister en quelque sorte aux premiers temps de formation des fausses membranes arachnoïdiennes. Mais ils ne sont pas les seuls dans la science où l'on ait trouvé des traces de sang, des caractères en un mot qui ne permettent point de rejeter ce mode de formation: on rencontre des cas semblables dans les travaux de MM. Calmeil et Bayle, relatifs à la paralysie des aliénés. M. Durand-Fardel, notre ancien collègue dans les hôpitaux de Paris, a signalé dans son *Mémoire sur la Dilatation vasculaire du tissu cérébral*, deux cas de fausses membranes qui paraissent devoir se rapporter à la même origine: le premier est une fausse membrane mince, incolore, offrant seulement quelques *mouche-tures rouges*; le second est celui « d'une fausse membrane » d'une épaisseur assez considérable, d'une densité assez grande » pour résister un peu à la distension, d'autant plus épaisse

» qu'elle se rapproche davantage de la face supérieure du cer-  
 » veau, tellement mince à la base qu'on a de la peine à la dis-  
 » tinguer. De plus elle est généralement rougeâtre, contient  
 » dans son épaisseur des caillots de sang assez volumineux, sur-  
 » tout au niveau des fosses pariétales, et elle est tout-à-fait  
 » transparente et incolore dans quelques points de son étendue. »

M. Lélut, qui a publié, il y a quelques années, une série de douze observations de fausses membranes arachnoïdiennes, recueillies dans le service de M. le docteur Ferrus, en a caractérisé neuf de la manière suivante : 1° une nappe de sang noir, qui a la consistance d'une fausse membrane, et qui n'a présenté ni traces d'organisation, ni adhérences avec la membrane dans l'intérieur de laquelle elle se trouve ; 2° une espèce de fausse membrane, formée de sang rouge à demi coagulé, qui recouvre la convexité des hémisphères ; 3° une fausse membrane en partie sanguine, en partie fibro-albumineuse, très mince, qui semble composée de lambeaux en connexion les uns avec les autres, plutôt que contenue ; elle n'est point organisée et elle est très friable ; elle me semble être une nappe de sang qui a commencé à se convertir dans la moitié de ces points en une couche gélatineuse, analogue à de la colle de poisson fondue ; 4° une fausse membrane sanguine, qui occupe les deux côtés, en partie déjà fibrineuse, très étendue en forme de nappe, s'enlevant avec facilité ; 5° une fausse membrane, en partiesanguine, en partie fibro-albumineuse, avec un commencement d'organisation. Elle contient de gros sacs de sang ; elle est résistante et d'un blanc très légèrement jaunâtre, transparente ; 6° une fausse membrane d'apparence gélatineuse sanguine, ayant l'épaisseur d'une feuille de parchemin, d'une consistance assez grande, ressemblant un peu à une couche mince de colle de poisson fondue. Son fond est blanc et transparent, et sur ce fond se dessinent des taches ou des traînées rouges, qui sont de petits sacs de sang, irréguliers, contenus entre deux lames de la fausse membrane. Cette fausse membrane, ajoute M. Lélut,

ne devait être primitivement qu'un amas de sang, mêlé à plus ou moins de sérosité; 7° deux productions membraneuses, la première fibro-sanguine, avec pénétration vasculaire, occupant la face interne de la dure-mère, semblant moins ancienne que l'autre; car, en quelques points, elle ne consiste qu'en une masse de sang, plutôt caillé que réuni en membrane; mais ailleurs elle offre une apparence et une organisation aussi avancée que la suivante. La seconde production est placée entre le crâne et la dure-mère; elle est très épaisse, très résistante, sans apparence de fibres, ne consistant en quelques points aussi qu'en une masse de sang, étendue en membrane et assez résistante, mais ailleurs ressemblant à une solution de colle, refroidie et étendue en nappe, contenant une grande quantité de ramifications vasculaires, et de petits points rouges, discrets ou réunis en groupes; 8° et 9° ce sont des cas de kystes pseudo-membraneux, contenant du sang, tels que ceux dont nous avons parlé dans le chapitre précédent. (*Gazette médicale*, année 1836, n° 1. )

Ces faits parlent tout seuls, et il n'est pas besoin de commentaires qui fassent connaître la nature des productions pseudo-membraneuses qu'ils ont présentées. Cependant M. Lélut ne pense pas que toutes ces fausses-membranes tiennent à un amas de sang exhalé, dont la partie fibrineuse se serait organisée, tandis que les parties séreuses et cruoriques auraient été absorbées; il est tenté de croire que quelques unes d'entre elles ont été formées par de la sérosité toute pure qui aurait été exhalée dans la cavité de l'arachnoïde. Ce seraient, suivant ce médecin, des fausses membranes qui tiendraient le milieu entre celles qui proviennent du sang et celles qui viennent du pus; ces productions autrement dites minces, blanches et transparentes, qu'il a comparées à une nappe de colle de poisson fondue ou à du parchemin ramolli dans l'eau. Pour moi, je ne crois pas que celles-ci aient une origine différente; et j'admets pour toutes le même mode de formation; car aucune d'elles ne nous a offert une absence

totale de traces de liquide sanguin; et les divers caractères qui les distinguaient dans les parties où le sang avait entièrement disparu, s'expliquent très bien, comme nous l'avons vu dans le cours de ce travail, par les divers degrés d'avancement auxquels ces fausses membranes étaient arrivés; c'est cela qui fait leur différence, et non la nature de leur origine, qui me paraît avoir été sanguine, dans tous les cas de fausses membranes publiés par ce médecin, quoique trois d'entre elles ne laissent voir aucune trace de sang. Mais, je le répète, l'aspect des fausses membranes ne prouve rien, puisqu'elles peuvent finir, celles qui proviennent du sang d'une manière non douteuse, par revêtir toutes les qualités physiques d'une séreuse naturelle. Du reste, une circonstance qui vient apporter un nouvel appui à notre manière de voir, c'est que sur les douze aliénés qui font l'objet de ces observations, dix étaient des aliénés atteints de démence avec paralysie générale, sortes de malades, comme l'on sait, qui sont fréquemment frappés de congestion cérébrale, et exposés en conséquence à des exhalations sanguines dans la cavité de l'arachnoïde. M. Lélut, en décrivant les symptômes de sa troisième observation, où la fausse membrane avait une apparence *fibrino-albumineuse*, dit en propres termes : *L'afflux du sang vers la tête est de plus en plus considérable.*

Avec cette tendance aux congestions cérébrales, il est singulier, pour le dire en passant, que les cas de foyers sanguins dans le parenchyme du cerveau soient si rares chez les aliénés paralytiques, tandis que l'on observe assez fréquemment chez eux du sang répandu au milieu des méninges. Pour moi, soit à Paris, soit à Marseille, j'ai rencontré déjà treize cas d'apoplexie méningée, et une seule fois, encore sur plus de trois cents autopsies, un seul cas d'hémorragie interstitielle. Plusieurs auteurs ont aussi signalé ce fait, et quelques uns ont cru pouvoir l'expliquer par la densité du tissu cérébral, généralement plus grande que chez les autres sujets. Quoi qu'il en soit, et bien que ce ne soit pas ici le lieu d'étudier cette question de patho-

logie, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer que les congestions cérébrales ne sont pas peut-être, comme on l'a dit, la cause essentielle et principale des apoplexies parenchymateuses du cerveau, et qu'il faut admettre dans bien des cas, pour expliquer leur production, l'existence de ce ramollissement hémorrhagique qui, suivant un habile pathologiste de notre époque, précéderait tout épanchement sanguin dans le tissu cérébral.

Les nombreuses considérations auxquelles nous nous sommes livré dans le chapitre précédent, à l'occasion des kystes hémorrhagiques, tant pour déterminer leur nature sanguine que pour rejeter le mode de formation à l'aide d'une matière plastique, trouveraient ici leur appréciation. Nous n'y reviendrons point, pour ne pas avoir à faire un double emploi; car les mêmes phénomènes de transformation ont lieu dans un cas comme dans l'autre; ce sont des hémorrhagies méningées qui ne diffèrent que par la quantité de sang exhalé; c'est dans l'une une extravasation légère qui s'est changée en totalité en un tissu membraneux; c'est dans l'autre un épanchement plus considérable dont les couches plus superficielles ont seules subi cette transformation. Nous signalerons, pour dernière preuve de l'origine sanguine des pseudo-membranes que nous étudions, la présence de ces taches jaunâtres que nous avons rencontrées dans quelques points de leur étendue; ces taches, en effet, me paraissent être le résidu laissé par la résorption du sang, et l'indice irrécusable d'un ancien épanchement. La même chose se présente quelquefois dans la substance cérébrale, et M. Durand-Fardel a établi avec juste raison en règle générale, *que toutes les fois que l'on trouve le tissu du cerveau coloré en jaune dans quelqu'une de ses parties, on peut en conclure avec certitude qu'à une époque plus ou moins éloignée, du sang s'est trouvé en contact avec lui dans ce point.* (Thèse de Paris, année 1840, page 65.)

De même que dans les épanchements considérables nous



avons regardé la formation du kyste comme un travail réparateur, de même pour les hémorrhagies moindres, nous pensons que la nature, en procédant à cette transformation du tissu en un tissu membraneux, n'a pas d'autre but que celui de débarrasser le cerveau de ces extravasations sanguines qui pourraient troubler les fonctions. C'est un mode de guérison dont nous observons quelques unes des périodes, mais dont nous ne connaissons point encore toutes les limites, parce que la mort, déterminée par des altérations plus profondes, vient ordinairement s'opposer à ce que l'observation soit complète. M. Baillarger, avant nous, avait regardé avec raison les fausses membranes arachnoïdiennes comme le résultat d'anciennes apoplexies méningées, comme un mode réparateur de ces exhalations sanguines.

Avant de terminer cette seconde partie, et pour résumer en quelque sorte tout ce que nous avons dit à ce sujet, nous allons rassembler en un seul tableau les diverses périodes de transformations que ces exhalations sanguines me paraissent parcourir pour arriver de l'état liquide sanguin à celui d'un produit pseudo-membraneux parfaitement organisé. Plusieurs cas peuvent se présenter; les deux plus remarquables sont relatifs à la quantité plus ou moins considérable de sang qui a été exhalée.

1° Si le sang est exhalé en petite quantité, il prendra le plus ordinairement un caractère diffus; il s'étalera en nappe et augmentera peu à peu de consistance; puis plusieurs parties du sang ayant été absorbées, il ne restera plus à la longue que de la fibrine qui n'aura plus sa physionomie primitive, et qui constituera bientôt un tissu membraneux de vie nouvelle; ensuite ce tissu, dépouillé entièrement des traces du liquide formateur, subira un travail d'organisation, et pourra finir graduellement par acquérir toutes les qualités physiques d'une séreuse naturelle. Quand les exhalations seront intermittentes, il se formera chaque fois de nouvelles pellicules qui auront à parcourir les

mêmes phases et qui se joindront à la première, de manière à ne plus former qu'une seule pseudo-membrane où l'on trouvera des différences d'organisation, à cause de l'origine plus ou moins ancienne des diverses portions qui la constitueront. D'autres fois il arrivera que ces pellicules secondaires se superposeront aux premières pour former une fausse membrane composée de plusieurs lames, où il arrivera que se formant, l'une sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, l'autre sur le feuillet viscéral, elles se réuniront par leurs extrémités, comme nous l'avons vu dans une observation, pour donner lieu à une poche pseudo-membraneuse, qui elle à son tour pourra tôt ou tard devenir le siège d'une nouvelle hémorrhagie.

2° Si le sang est exhalé en quantité considérable, il pourra arriver deux choses : 1° que cette quantité soit si grande ou que son irruption soit si rapide, qu'elle occasionne brusquement ou peu de temps après la cessation des fonctions du cerveau et la mort (on trouve alors dans la cavité de l'arachnoïde un vaste épanchement de sang liquide et en caillots, mais aucune trace de fausse membrane) ; 2° que le sang épanché n'amène pas si subitement la mort, ou parce que son volume sera moindre, ou parce qu'il se sera formé moins rapidement, ou enfin qu'il ne comprimera aucune partie du cerveau essentielle à la vie. Dans ce cas commencera un travail réparateur ; dès le troisième, le quatrième, et au plus tard le cinquième jour de l'hémorrhagie, le pourtour du dépôt se concrètera, se solidifiera en quelque sorte, de manière à constituer très rapidement une enveloppe que l'on pourrait appeler protectrice ; car elle vient cerner le dépôt de toutes parts, l'empêcher de s'extravaser au loin, et faciliter peut-être à son tour l'absorption du sang qu'elle emprisonne. Cette enveloppe pseudo-membraneuse deviendra de plus en plus résistante et épaisse ; elle s'organisera et pourra finir par ressembler, soit à une séreuse, soit à du parchemin ramolli, et même à la dure-mère quant à son épaisseur. En même temps le sang qui reste emprisonné conservera quelque-

fois très longtemps ses qualités physiques ; mais le plus souvent il disparaîtra en totalité, soit qu'il soit emporté en entier par l'absorption, soit que les parties séreuses et cruoriques seules disparaissent, et que la fibrine se transforme par couches successives en d'autres lames membraneuses qui se surajouteront aux parois primitives du kyste. Quand tout le dépôt se transforme en tissu membraneux, il en résulte à la longue ces espèces de gâteaux pseudo-membraneux que l'on rencontre quelquefois dans le cerveau. Quand au contraire le sang contenu dans la poche est absorbé en entier, il ne restera plus quelquefois qu'un peu de sérosité dans sa cavité, et il peut arriver, celle-ci venant à être absorbée, que les deux feuilles contractent adhérence et que la cavité disparaisse entièrement. N'oublions pas de rappeler que dans ces poches pseudo-membraneuses il peut se former des exhalations sanguines secondaires, dont le produit a à subir les mêmes phases que nous avons vues appartenir à l'apoplexie primitive.

Tels sont les phénomènes qui me paraissent résulter des faits de cette nature publiés jusqu'à ce jour. Mais rechercher ensuite ce que pourraient devenir ces productions accidentelles si la vie se prolongeait plus longtemps ; déterminer, autrement dit, le point où s'arrête ce travail réparateur de la nature, ce serait entrer dans les hypothèses et sortir tout-à-fait du domaine de l'observation. Cependant, par analogie, ne pourrait-on pas leur assigner la même fin, la même terminaison que celle que subissent les fausses membranes des autres séreuses de l'économie ?

Nous étions sur le point de terminer notre travail, lorsqu'il nous est survenu un cas de fausse membrane des plus intéressants qu'on ait jamais observés. Nous n'avons point vu de fait plus probant que celui-ci, sous le rapport du mode de formation que nous avons assigné à ces productions accidentelles. On y trouvera toutes les phases d'évolutions, toutes les transformations en quelque sorte pénibles que subissent les exhalations

sanguines des membranes du cerveau ; c'est le résumé le plus parfait de tout ce que nous avons dit à ce sujet , la réalisation matérielle des divers états de développement que nous avons dit appartenir aux pseudo-membranes arachnoïdiennes. M. le docteur FERRUS, qui se trouvait à Marseille pour inspecter notre ville , a assisté à cette autopsie ; il a été frappé comme nous des caractères que présentait cette fausse membrane, et il n'a pas hésité, avec sa sagacité habituelle, à la regarder comme le produit d'une extravasation sanguine dans les méninges. Voici l'observation de ce fait.

## OBSERVATION ONZIÈME.

SOMMAIRE. — Effroi. — Délire hypémannique très intense. — Agitation très vive. — Faiblesse des membres. — Etat stationnaire pendant un an et demi. — Plusieurs congestions cérébrales. — Alternatives de coma et d'agitation maniaque. — Fausse membrane sanguine à divers degrés de développement, à double feuillet sur quelques points. — Petits kystes hémorragiques. — Léger ramollissement. — Injection du cerveau. — Extravasation sanguine dans le ventricule droit.

La nommée Ladouce, âgée de soixante-dix ans, entre, le 23 mai 1842, dans l'asile des aliénés de Marseille. Cette femme était arrivée jusqu'à un âge assez avancé sans avoir donné le moindre signe de folie ; elle ne travaillait plus depuis quelques années, et vivait dans une sorte d'apathie. Il y a un an et demi environ, elle éprouva un violent effroi à la vue d'une personne aliénée ; dès ce moment elle perdit le sommeil ; elle crut voir partout des ennemis qui venaient la saisir ; elle se mit à pleurer nuit et jour ; sans cesse en mouvement, elle errait de côté et d'autre en poussant des sanglots et des cris qui annonçaient la terreur à laquelle elle était en proie. Souvent elle s'arrêtait tout-à-coup, se retournait brusquement en disant : *Les voyez-vous ces voleurs qui viennent me saisir ?* Elle resta plusieurs mois dans cette situation, et fut saignée dans ce temps trois fois sans en éprouver aucune amélioration notable. Placée dans la maison de santé de M. Guiaud, on la saigna une quatrième fois, on lui mit des sangsues, et au bout de quatre mois environ elle en sortit un peu améliorée. Mais, rendue à sa famille, elle retomba bientôt dans les mêmes extravagances. Le médecin de la famille, voyant son délire augmenter de jour en jour, la saigna encore deux fois au bras, et une dernière fois au pied ; mais aucun amendement ne survint ; la dernière saignée, au dire des parents, avait semblé

augmenter son agitation, et son état s'aggravant de jour en jour, la famille obtint son placement dans notre ville.

Cette malade, le jour de son entrée, est dans un état mental qui ressemble à la manie aiguë; sa figure est rouge, injectée; elle est toujours en mouvement; elle pousse quelquefois des cris horribles; ses yeux sont hagards et constamment mouillés de larmes; elle passe presque toutes les nuits à crier; le jour, elle parcourt les divers recoins de la maison; mais ses jambes, par faiblesse malade ou acquise par l'âge, la soutiennent difficilement; elle fait souvent des chutes, et l'on est forcé, à cause de cela, de la garder au lit ou sur un fauteuil. Elle ne parle point, et ne répond ordinairement que par des pleurs; mais le peu de paroles qu'elle prononce dénotent une incohérence très marquée et un grand trouble dans les idées. Les fonctions organiques se font assez bien. (Bains avec affusion, boissons rafraîchissantes, régime ordinaire.)

Il ne survient pas de mieux dans l'état mental de cette malade; elle est presque toujours agitée, et elle a très rarement plusieurs jours de calme. Sa folie ayant toujours le même caractère, nous ne trouvons rien de particulier à noter jusqu'en juillet 1842, époque à laquelle elle éprouve deux ou trois attaques d'une forte congestion cérébrale qui la laisse plusieurs heures sans connaissance et dans une sorte de coma; puis les sens reviennent, tout se dissipe à l'aide de quelques stimulants, et la malade rentre dans son état habituel, à l'exception qu'elle est devenue gaieuse, et qu'elle garde presque constamment le lit.

11 *septembre* 1842. Une nouvelle congestion est survenue; les traits du visage et la bouche sont tirés à gauche; les yeux ouverts et fixes, la conception très obtuse, la parole nulle; absence complète de cris, état de torpeur général, sensibilité mieux conservée dans les membres inférieurs que dans les supérieurs, mouvements presque éteints dans le bras droit; les muscles du côté gauche conservent de la contractilité et une résistance que l'on ne remarque point de l'autre côté. (Sinapismes, lavements purgatifs.)

12 *septembre*. Tous ces phénomènes ont disparu aujourd'hui, et la malade a recommencé ses cris et ses gémissements comme par le passé.

12 *octobre*. Depuis un mois, trois ou quatre congestions, semblables à la dernière pour les symptômes, sont survenues; mais leur durée a été plus longue, sans dépasser pourtant deux ou trois jours. Pendant l'intervalle de ces attaques, le délire offre les mêmes caractères, c'est-à-dire des cris, des gémissements, des craintes imaginaires.

13 octobre. Elle est dans un coma profond; la tête est brûlante, les extrémités froides; les bras, et surtout le droit, sont dans une roideur tétanique; les doigts de la main droite sont fléchis; il faut faire beaucoup de force pour les étendre, et aussitôt ils reviennent dans la flexion. Elle ne parle point; ses yeux sont ouverts et immobiles, larmoyants, et le pouls plein et irrégulier; les mains sont enflées. (Potion cordiale, sinapismes.)

14 octobre. L'état comateux s'est dissipé; l'agitation habituelle a recommencé cette nuit; mais la malade paraît affaiblie. La diarrhée, qui ne la quitte point depuis huit ou dix jours, l'a jetée dans une sorte de marasme qui paraît devoir bientôt terminer ses jours. La contracture du membre supérieur droit persiste; les bras offrent de larges ecchymoses sous-cutanées.

15 octobre. La faiblesse est très grande, la face presque cadavérique. La mort arrive le soir dans le coma et sans convulsion.

*Autopsie.* Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang. Toute la surface supérieure des deux hémisphères du cerveau est recouverte par une fausse membrane qui pénètre dans la grande scissure, pour tapisser les surfaces planes du cerveau, contourner la faux de la dure-mère et former une espèce de pont au-dessus du corps calleux; puis cette fausse membrane se prolonge en avant sur la moitié antérieure des lobes antérieurs, en arrière sur une portion des lobes postérieurs, sur les côtés jusqu'aux limites de la base du cerveau à droite, et seulement sur les trois quarts internes de la surface convexe du côté gauche.

Son organisation présente divers degrés qui demandent à être étudiés séparément à droite et à gauche. 1° *Hémisphère droit.* Sur le milieu, la fausse membrane est beaucoup mieux organisée que dans les autres points; elle est, en effet, transparente, incolore, résistante; elle ne présente plus que quelques légères stries de sang, et elle ressemblerait presque entièrement à une séreuse, si ce n'était sa résistance qui est beaucoup plus grande. Sur le lobe antérieur, la nature sanguine de la fausse membrane paraît plus évidente; elle a une coloration rouge très prononcée, et elle offre diverses nuances bistres et jaunes qui indiquent que du sang existe dans son épaisseur. On trouve, en effet, en ce point deux feuillets que l'on sépare très difficilement, mais qui laissent çà et là de petits espaces pour former de petits kystes hémorragiques: le sang qui les remplit y est à divers degrés d'absorption; les parois sont très épaisses et presque fibreuses. Sur le lobe postérieur, elle offre à peu près les mêmes caractères, c'est-à-dire que partout elle présente un aspect qui indique la présence du sang et sa nature sanguine; elle

a ça et là des mouchetures et des taches de sang qui paraissent identifiées avec sa structure ; puis on y voit de petits kystes formés par l'écartement d'un double feuillet ; un de ces kystes, plus vaste que les autres, est rempli d'un liquide rouge semblable à de la sérosité sanguinolente, et sur ses parois existe une coloration jaunâtre et verdâtre comme celle de la bile. Sur les parties latérales, la fausse membrane présente des îlots de sang de couleur vermeille, mais elle est plus mince et plus fragile, comme elle l'est du reste à tous ses points de terminaison. Dans la scissure, elle est moins colorée que dans les autres endroits ; on n'y voit plus que quelques traces de sang sous forme d'un réseau très fin ; elle est résistante et opaque entre les deux lobes antérieurs.

*2<sup>e</sup> Hémisphère gauche.* Sur le milieu de cet hémisphère, la fausse membrane est presque tout-à-fait incolore, et elle a une résistance extrême. En avant, quoique moins rouge que celle du côté opposé, elle renferme dans son épaisseur un kyste aplati de la circonférence d'une pièce de un franc, contenant du sang liquide de couleur vineuse. En arrière se trouve, sur la pointe du lobe postérieur, un kyste de la grosseur d'une noisette, saillant, rempli par un liquide séro-sanguin, et les parois de la poche ont une couleur d'ocre jaune. De plus, sur toute l'étendue de ce lobe, la fausse membrane présente une épaisseur et une opacité qui la font ressembler à la dure-mère, ainsi que des plaques sanguines rouges et irrégulières : c'est du sang combiné avec le tissu qu'on n'enlève ni par le gratiage ni par le lavage.

On ne trouve à la base du cerveau aucune des lésions signalées ; l'arachnoïde a sa transparence et sa consistance ordinaires, tandis que sur la surface supérieure elle est parsemée de quelques points opaques au-dessus des anfractuosités cérébrales ; mais elle n'est point adhérente à la substance cérébrale, ainsi que la pie-mère, dont les vaisseaux sont injectés et très développés. Le cerveau a une consistance assez ferme, si ce n'est à la partie inférieure des lobes moyens, et le long de la scissure de Sylvius, où existe un ramollissement manifeste. La substance grise est fortement colorée ; la blanche offre un pointillé rouge très étendu. Les circonvolutions sont bien développées ; le ventricule droit présente des vaisseaux très injectés, arborisés sur ses parois ; puis, indépendamment de ceux-ci, on voit, au-dessus de la membrane ventriculaire sur le corps strié, une très légère extravasation sanguine sous forme de filaments rougeâtres, dont quelques uns se sont réunis en un point pour former une trame sanguine qu'on peut déjà soulever, et qui me paraît n'être autre chose que le rudiment d'une fausse membrane. Le ventricule opposé

n'a rien d'analogue; mais les plexus choroïdes des deux côtés contiennent de petits kystes séreux.

Cette observation vient à merveille, avons-nous dit, pour corroborer l'opinion que nous avons émise sur le mode de formation des fausses membranes de l'arachnoïde, et pour nous faire apprécier sur un même individu les divers changements qui surviennent ultérieurement dans les exhalations sanguines des méninges. Partout, dans cet encéphale, nous trouvons des taches qui indiquent la présence ancienne et récente du liquide sanguin, et le rôle qu'il a dû jouer dans la production de l'enveloppe accidentelle trouvée dans le cerveau: les vaisseaux de la dure-mère sont gorgés de sang; les capillaires, dont la réunion constitue ce lacis vasculaire appelé pie-mère, sont injectés; la substance cérébrale, la grise comme la blanche, est fortement colorée en rouge; un des ventricules renferme une légère extravasation sanguine; puis, dans la fausse membrane, ici de simples stries de sang, là une coloration rouge ou des îlots sanguins, ailleurs des plaques et des mouchetures sanguines, sur d'autres points de véritables kystes hémorrhagiques. Ne voilà-t-il pas des preuves surabondantes des diverses exhalations qui ont eu lieu, et ces colorations jaunâtres ne sont-elles pas un indice irrécusable de la présence plus ou moins ancienne du sang dans la cavité de l'arachnoïde?

Cette fausse membrane ne nous a point offert ces caractères primitifs de formation que nous avons remarqués dans quelques unes de nos observations. Mais le ventricule droit du cerveau ne nous a-t-il pas présenté, sur sa paroi inférieure, une légère extravasation sanguine sous forme d'une sorte de trame qui résultait de la réunion de filaments rougeâtres, et qui était déjà assez distincte pour pouvoir être soulevée par une pince? C'est bien là cette première phase de développement, ce point de départ de la transformation du sang en un tissu pseudo-membraneux; c'est le rudiment manifeste d'une fausse membrane qui



aurait perdu plus tard sa coloration, et qui aurait pu prendre une certaine extension si des exhalations plus copieuses s'étaient faites dans ce même ventricule. On comprend que ce phénomène pathologique puisse avoir lieu dans les ventricules cérébraux, comme dans la cavité de l'arachnoïde; car, quoique M. Magendie nous ait démontré que la membrane ventriculaire n'était point un prolongement de l'arachnoïde, ainsi que l'avait pensé Bichat, il n'en est pas moins vrai qu'elle a avec elle, comme avec toutes les séreuses, la plus grande analogie, puisque sa surface est toujours lubrifiée par un liquide très comparable à celui que l'on trouve dans les membranes séreuses de l'économie, quoiqu'il ne soit pas tout-à-fait identique.

Pour résumer en quelques lignes ce que nous a offert cette lésion particulière de l'encéphale, nous pouvons dire que nous avons vu : 1° l'exhalation sanguine à sa première période de transformation; 2° du sang épanché à divers états d'absorption et sous diverses formes; 3° une fausse membrane arrivée à des degrés variés de développement; 4° une ressemblance assez grande de cette fausse membrane, soit avec une séreuse naturelle, soit avec la dure-mère; 5° des exhalations secondaires à la surface de l'enveloppe accidentelle; 6° l'existence d'un double feuillet qui tendait à devenir unique; 7° des kystes hémorrhagiques qui avaient de la tendance à disparaître en totalité.

Les symptômes observés chez cette malade justifient pleinement la nature sanguine de la fausse membrane, et nous rendent compte en quelque sorte de ses divers états de développement. En effet, cette femme a été frappée plusieurs fois de congestion cérébrale : la première remonte en juillet 1842, c'est-à-dire à trois mois environ de l'époque à laquelle l'autopsie a été faite; les autres sont survenues successivement en août, septembre, et dans les derniers temps de la vie. C'est tout ce qu'il nous importe à savoir pour le moment, car il est évident que ces congestions ont déterminé des exhalations sanguines dans les membranes. Que ces exhalations aient eu lieu par le

fait de l'intensité des congestions, ou par une propriété particulière ou pathologique des capillaires méningiens à laisser échapper le sang qu'ils contiennent, peu nous importe aussi ! Ce qui nous importe avant tout, c'est le fait de l'exhalation, qui est incontestable, et qui se rattache, comme nous avons vu, à un *raptus* sanguin du côté du cerveau. Nous ne cherchons point ensuite à nous expliquer comment l'exhalation s'opère, attendu, comme nous l'avons déjà dit, que toutes les conditions d'exhalation sanguine sont loin de nous être parfaitement connues.

Dans l'analyse des observations qui ont servi de base fondamentale à ce travail, nous nous sommes contenté de démontrer que ces malades avaient été atteints d'une ou de plusieurs congestions cérébrales, et nous avons cherché à rattacher à ces raptus encéphaliques les exhalations sanguines que nous croyons avoir présidé à la formation des fausses membranes. Nous avons vu aussi que la plupart de ces malades appartenaient à cette classe d'aliénés paralytiques, plus exposée que les autres à être frappée de coups de sang. Les observations de ce genre publiées par les auteurs sont presque toutes relatives à cette forme d'aliénation mentale; c'est ainsi que, dans le travail de M. Lélut, sur douze aliénés dont il a donné l'histoire, dix étaient déments paralytiques, et les deux restants avaient présenté quelques désordres du côté de la motilité.

Tout ce qu'il était important de constater, c'était l'existence de ces congestions cérébrales; car celles-ci une fois admises, les lésions observées ont trouvé leur explication, et le mode de formation que nous avons voulu assigner à ces produits pseudo-membraneux s'est vu justifié, non seulement par l'inspection anatomique de la fausse membrane, mais encore par la nature des troubles fonctionnels survenus pendant la vie du côté du cerveau. Quant aux signes symptomatologiques qui ont manifesté l'existence de ces congestions, ils ont été très variés, eu égard à l'intensité de ces raptus sanguins, et quelquefois très obscurs, à cause de leur liaison avec d'autres troubles cérébraux.

Les unes ont été marquées par le coma, la perte de connaissance et une résolution musculaire complète; les autres, simplement par une semi-perte du sentiment et par un affaiblissement musculaire plus ou moins étendu; tantôt il y a eu des contractures, tantôt des convulsions; quelquefois ces désordres de la motilité étaient généraux, d'autres fois ils étaient bornés à la face ou à la moitié du corps; le plus souvent la face a été congestionnée, le pouls a pris de la plénitude, et la circulation générale de l'activité; il est des cas enfin où nous avons vu un ensemble de symptômes très mal déterminés et difficiles à pouvoir rattacher à un état morbide bien distinct. Mais quels qu'aient été les symptômes que ces malades nous aient offerts, il est survenu chez la plupart d'entre eux, à la suite de ces congestions sanguines, une excitation cérébrale qui me semble avoir été déterminée chaque fois par cet appel du sang du côté du cerveau et par l'épanchement de ce liquide au milieu des membranes. Il y a eu presque toujours chez nos malades deux périodes morbides: celle de la congestion, caractérisée par l'affaiblissement ou l'abolition de la plupart des actes cérébraux; celle de la réaction, marquée par la loquacité, l'agitation, le délire maniaque: c'est absolument comme dans les commotions cérébrales et les épanchements traumatiques, où à l'anéantissement plus ou moins complet des fonctions cérébrales succèdent très souvent les signes d'une irritation méningo-encéphalique. Un autre caractère qui s'est montré dans la plupart des cas, c'est l'instantanéité des accidents cérébraux, leur apparition et leur disparition successives, leur intermittence pour ainsi dire, bien capable à elle seule de les faire distinguer de ceux de l'apoplexie parenchymateuse, qui ont un état de permanence et une durée beaucoup plus longue.

Il n'entre point dans mon sujet de faire l'analyse de tous les symptômes que nous ont offerts les malades dont nous avons publié l'histoire, ni de rechercher les rapports qu'ils ont pu avoir, soit avec les fausses membranes arachnoïdiennes, soit avec les

autres lésions cérébrales trouvées sur le cadavre de ces individus. Cette interprétation est un problème trop complexe pour que nous puissions nous en occuper dans ce Mémoire, où nous n'avons eu pour but que le mode de formation de ces productions accidentelles. C'est un problème très complexe, ai-je dit ; car dans cette étude nous aurions à distinguer au moins quatre groupes principaux de symptômes, appartenant, l'un à la congestion cérébrale, l'autre à l'exhalation du sang dans le cerveau ; le troisième, aux diverses lésions concomitantes que l'on trouve dans l'encéphale ; le quatrième, aux fausses membranes arachnoïdiennes, alors qu'elles sont séparées du sang et qu'elles sont déjà bien organisées. Nous aurions de plus, à cette occasion, à discuter les diverses questions qui se rattachent à l'origine, à la cause première de l'aliénation mentale. La solution de ce problème demande donc de sérieuses études. Nous nous occuperons de toutes ces questions dans un autre travail déjà commencé, où nous ferons connaître les résultats nécroscopiques de nos autopsies, qui s'élèvent aujourd'hui à un chiffre de cent environ.

Mais on comprend déjà, sans pousser plus loin cette étude, que les symptômes doivent varier en raison des diverses transformations que subit le sang qui est projeté dans les méninges pour se changer en fausses membranes. La congestion cérébrale, l'exhalation sanguine et les fausses membranes qui en résultent constituent trois périodes d'un même état morbide ; il est rationnel de supposer que les symptômes ne doivent pas toujours rester les mêmes, ceux de la congestion ne pas être semblables à ceux de l'exhalation, et ces derniers à ceux qui appartiennent à la fausse membrane sanguine.

Les symptômes de la congestion cérébrale sont très bien connus, et ceux que les malades nous ont offert ne nous ont pas laissé la plupart le moindre doute sur leur nature. Nous croyons inutile de les rappeler, car la congestion cérébrale a été très bien décrite par les auteurs, et il est en général assez facile de

rattacher à ce phénomène pathologique les troubles fonctionnels qui lui appartiennent.

Les exhalations sanguines de la cavité de l'arachnoïde, les apoplexies méningées autrement dites, doivent aussi avoir leurs symptômes propres ; mais ces symptômes doivent varier, en raison de la quantité plus ou moins grande du sang qui a été exhalé, du siège que le liquide occupe et d'une foule d'autres conditions que nous n'avons point mission de rechercher en ce moment. M. Boudet a fait de merveilleux efforts pour établir le diagnostic des apoplexies méningées, et, je dois le dire à sa louange, il est parvenu mieux que ses devanciers à nous donner des caractères qui nous serviront dans bien des cas à distinguer ces épanchements des foyers qui se font dans le tissu cérébral. Quelques uns de nos malades nous ont présenté de la contracture, une paralysie plus ou moins étendue, du coma, une intermittence dans la perte de connaissance et du mouvement, tous signes que ce jeune médecin croit appartenir presque exclusivement aux épanchements méningiens. Pour nous, nous sommes porté à croire que ce sujet mérite encore de longues et de sérieuses études ; car ces symptômes, quelque importance qu'ils aient pour le diagnostic de ces apoplexies, peuvent manquer, à notre avis, ou se rattacher à une simple congestion du cerveau. Nous les avons observés dans des cas où l'autopsie ne nous a fait voir qu'une injection du tissu cérébral. Quant aux troubles fonctionnels, qui tiendraient uniquement aux productions pseudo-membraneuses et seraient la manifestation de la transformation du sang en ce tissu accidentel, nous n'avons rien noté de spécial dans nos observations que l'on puisse rapporter exclusivement à cet ordre de lésion ; la science, que je sache, ne nous a encore rien appris à ce sujet, et il reste encore à déterminer les symptômes, s'il en existe, qui sont particuliers à cette terminaison, à ce mode de guérison, des apoplexies méningées.

Nous ne terminerons point ce travail sans faire remarquer

que l'un de nos malades a présenté des convulsions dans les muscles de l'orbite, et que, chez celui-là, comme chez un autre, il était survenu un strabisme en haut et en dehors. La fausse membrane, dans ces deux cas, occupait les bosses orbitaires, tandis que chez un troisième malade, où ce phénomène n'a pas été observé, la production accidentelle ne siégeait que sur la moitié externe de la bosse orbitaire du côté gauche. Il est probable que, dans ces cas, les nerfs moteurs oculaire externe et oculaire commun présentaient dans leur trajet quelques points de contact avec les productions pseudo-membranetises qui se trouvaient à la base du cerveau.

DE

## L'ORGANISATION ET DE L'ADMINISTRATION

DES

**ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.**

Parmi les établissements charitables qui méritent de fixer l'attention publique au plus haut degré, on doit certainement placer ceux qui sont destinés à recevoir et à traiter les aliénés. Quand on porte ses regards sur le nombre considérable de fous qui existent en France; quand on songe à l'état déplorable dans lequel se trouvaient les maisons qui leur sont consacrées; quand on pense que de toutes les infortunes l'aliénation mentale est la plus respectable et la plus cruelle, puisqu'elle attaque l'homme dans ce qu'il a de plus précieux, son libre arbitre, sa raison; on se demande comment la loi du 30 juin 1838, relative aux aliénés, loi toute de bienfaisance et de protection, est venue si

tardivement à la pensée du législateur ; et l'on est convaincu de l'extrême importance que le gouvernement doit attacher à son exécution.

Cependant, il faut le dire, lorsqu'on découvre toutes les misères d'un grand peuple, tous ses devoirs, tous ses besoins, on sent avec quelle mesure, avec quelle justice on doit faire la répartition des deniers publics. Si donc l'on veut marcher dans la voie d'une réforme radicale des asiles d'aliénés, si l'on veut réaliser les idées du bien inspirées par une sage et haute philanthropie, il est nécessaire, dans l'organisation et l'administration de ces hospices, d'allier les principes médicaux à une judicieuse économie, à celle qui consiste moins dans l'épargne de l'argent que dans son meilleur emploi. Pour atteindre ce but vraiment humanitaire, il faut avoir une connaissance approfondie des aliénés, avoir épié leurs actions, étudié leurs besoins, surpris leurs inclinations, afin d'appliquer les lois de la thérapeutique à leur guérison, c'est-à-dire à la construction de leur asile, au genre de surveillance qui leur convient, à l'hygiène réclamée par leur état, etc. Mais, avant tout, il importe de déterminer en quelque sorte l'essence de la folie.

En résumant les savantes analyses qui ont été faites des différents genres d'aliénation mentale, on peut réduire les symptômes de cette affection à quelques caractères généraux. Le trait le plus saillant de la folie étant le désordre physique et moral, puisque c'est par là qu'elle se traduit, la tendance thérapeutique la plus constante et la plus uniforme doit être le rétablissement de l'ordre dans l'exercice des fonctions et dans celui des facultés. Cet ordre, invariable au physique comme au moral, rompt les habitudes vicieuses du système organique et nerveux, lutte sans cesse contre les instincts, les sentiments pervers, les associations d'idées erronées ou bizarres, et ramène sans relâche un équilibre nécessaire entre les diverses fonctions, les différentes facultés dont le jeu harmonique constitue la santé. C'est pour obtenir ce résultat que la thérapeutique, puissamment aidée par

l'hygiène, met toutes ses ressources à la disposition du médecin. C'est encore pour introduire cette proportion, cette harmonie destinée à remplacer l'agitation par le calme, le désordre par la raison, qu'il est indispensable dans un hospice d'aliénés de réunir toutes les pensées, toutes les volontés dans une même pensée, dans une même volonté, le tumulte des passions, les égarements de la raison ne pouvant être réprimés que par une loi d'amour, d'intelligence et de puissance émanée d'un seul homme, contrôlé dans ses opérations par une commission calme, éclairée.

Je considérerai donc un hospice d'aliénés, en me servant de l'heureuse comparaison de Pinel, comme un petit gouvernement absolu, ou, pour être plus simple, comme un vaste organisme dont les tendances vicieuses sont redressées par une force médicatrice constamment mise en jeu, l'autorité centrale en dirigeant les efforts.

Les moyens thérapeutiques généraux dont la science peut faire usage dans le traitement de la folie sont physiques et moraux; les premiers sont une localité convenablement choisie, où se trouve réunie la triple condition de l'eau, de l'air et du site. 2° Des bâtiments élevés d'après certaines règles. 3° Un ameublement particulier. 4° Un régime alimentaire spécial. 5° Des vêtements indiqués par l'hygiène.

Les seconds moyens comprennent le personnel de l'établissement, c'est-à-dire les fonctions du médecin-directeur, de l'inspecteur, du receveur, de l'économe, de ses subordonnés, des surveillants chefs et de leurs agents, du pharmacien; enfin, celles du chapelain, qui, par l'élévation de ses idées et de ses sentiments, doit épurer les intentions et fortifier dans l'accomplissement du devoir.

Tous les auteurs qui ont écrit sur l'aliénation mentale veulent qu'on choisisse, pour édifier un établissement destiné aux aliénés, un vaste terrain-un peu élevé, sec, en dehors des villes, à l'abri des exhalaisons insalubres, du bruit et du froid, abondant en eau.



J'insiste fortement sur ce dernier point, parce qu'en jetant un regard sur les hôpitaux d'aliénés étrangers et nationaux, on est douloureusement frappé de voir cette condition essentielle complètement ou en partie négligée.

C'est un principe universellement admis qu'un hôpital d'aliénés sert éminemment à la guérison de la folie, lorsqu'un architecte habile sait allier une forme simple, élégante, à une distribution régulière et méthodique. Effectivement, un asile de ce genre est la plus haute expression d'une pensée médicale élevée, et doit concourir au traitement moral de ces infortunés par les idées qu'il inspire, s'il est vrai que l'attitude, le geste du médecin exercent sur eux un empire, s'il est vrai que la nature ait un langage qui nous pénètre à la longue de sa mystérieuse influence. Les bâtiments devront donc éloigner de l'esprit du malade toute idée de réclusion, par leur aspect grandiose élever son âme et son cœur, et par l'ordre apparent qu'ils expriment le ramener à la raison.

La distribution méthodique et régulière des bâtiments qui permettent au médecin une classification facile de ses malades, est un point plus essentiel encore que le précédent, ce classement lui fournissant le précieux avantage de les observer avec plus de sûreté, de facilité, de suivre les progrès de la maladie et les modifications apportées par le traitement. Ce classement a paru tellement indispensable à M. Ferrus, que, sans la possibilité de l'effectuer, « rien de fort utile n'est praticable, a-t-il écrit, aucun résultat avantageux ne peut être espéré. » Les distributions nécessaires au traitement de 300 à 350 malades peuvent être, suivant nous, rigoureusement réduites à huit catégories :

Les deux premières seraient affectées, A aux maniaques, B aux épileptiques maniaques agités ;

La troisième, aux imbéciles, aux maniaques semi-paisibles ;

La quatrième, aux tranquilles ;

La cinquième, aux épileptiques maniaques paisibles ;

La sixième et la septième, A aux épileptiques déments, aux idiots épileptiques; B aux déments paralytiques;

La huitième, placée dans le bâtiment central, étant réservée aux convalescents appelés à aider les surveillants; ce qui devient pour le médecin un moyen de les faire observer avec exactitude, de fortifier leur intelligence par l'exercice de ses facultés, et de les préparer de la sorte à leur rentrée dans le monde.

En parlant du classement des aliénés d'après la forme et la nature de leur maladie, nous ne pouvons nous dispenser d'indiquer le nombre de cellules nécessaires à une population moyenne de 300 à 350 malades. Dans les asiles où sont reçus les maniaques curables et incurables, les idiots et les épileptiques, nous évaluerons dans la proportion de 1/15<sup>e</sup> le nombre des individus qui doivent être isolés pendant l'année du reste de la population. Cette réduction des cellules est une des plus belles conquêtes que la médecine moderne ait remportées dans l'étude des maladies mentales; elle date de Pinel.

C'est en effet à sa sollicitation que le conseil des hospices éleva à la Salpêtrière quelques dortoirs pour contenir les convalescentes. Un des changements les plus favorables opérés dans l'administration, dit ce grand maître, qui, placé en dehors de tout esprit de système et d'école, ne vit dans l'homme qu'une unité vivante et pensante, dont il étudia les modifications dans l'état de folie, page 72, est d'avoir adjoint de vastes dortoirs isolés pour recevoir les convalescentes, et assurer l'entier rétablissement de la raison avant leur rentrée dans la société. C'est là le local destiné à la troisième division des aliénées. Ces dortoirs, qui sont d'ailleurs bien aérés, contiennent environ 80 lits, et sont sous-divisés en quatre départements, qui permettent une libre communication entre eux, et qui ont l'avantage d'établir un passage gradué à une convalescence confirmée. Le plus grand calme règne dans cet asile; et pour mieux l'assurer, on engage les convalescentes à travailler, dans un vaste atelier, au tricot et à la couture, et on excite leur émulation par un léger salaire. Pinel a donc déposé

en germe dans la science le principe de la réduction des cellules, auquel il a donné les premiers développements, puisqu'il a pensé que les malades à mettre dans les dortoirs étaient, par rapport à ceux qui devaient être couchés dans les cellules, dans la proportion de 1/6.

Continueur de la doctrine de son maître, M. Esquirol n'a point émis d'opinion bien arrêtée sur la proportion relative des cellules et des dortoirs, comme les différentes lettres qu'il a écrites aux diverses périodes de sa vie médicale en font foi. Cependant il est allé plus loin que Pinel, en admettant d'abord que la moitié des malades pouvait coucher en commun; et plus tard il a modifié ses idées, si les nouvelles constructions faites dans la maison royale de santé de Charenton ont été élevées d'après un plan dressé selon ses vues, comme l'assure M. Palluy, directeur de ce bel établissement, et comme l'a écrit M. Pariset, puisque le nombre des aliénés renfermés pendant la nuit dans des cellules est au présent dans la proportion de 1/6, c'est-à-dire dans un sens inverse à celui de Pinel. M. Esquirol avait donc de beaucoup dépassé les Anglais, puisque le célèbre docteur Ellis écrivait en 1837, dans son *Traité de l'aliénation mentale* : « Il doit y avoir 66 chambres à coucher par centaine de malades. »

Mais c'était à M. Ferrus qu'était réservé l'honneur de donner à ce principe éminent tout le développement dont il était susceptible. Ayant obtenu la destruction de tous les cabanons de Bicêtre, il se servit des localités que l'on put mettre à sa disposition pour y créer des dortoirs; il eut donc le mérite de calmer ses malades, et à cet égard le travail des champs servit admirablement ses intentions. Encouragé par ce premier succès, il fit bientôt participer ses aliénés à la vie commune, et parvint à diminuer de plus en plus le nombre des agités soumis au régime cellulaire, dont il constata les abus. En effet, l'isolement individuel dans les hospices d'aliénés porte fréquemment les malades, entraînés par une sensibilité viciée, aux écarts les plus déplo-

rables sous le rapport des mœurs et de leur constitution, et le peu de surveillance qu'on peut leur accorder empêche le médecin de connaître l'état de leurs fonctions, prive de la sorte un grand nombre d'entre eux des bienfaits du traitement, et les rend souvent incurables, lorsqu'ils ne sont pas victimes d'un accident, comme on l'observe quelquefois chez les épileptiques dans le cas d'asphyxie, et chez les idiots et les paralytiques à l'époque des rigueurs du froid. C'est pour éviter ces inconvénients, et surtout dans l'intention d'engager le médecin à éteindre l'excitation de ces malades, dans celle d'enlever aux gens de service, toujours prêts à s'exagérer les dangers d'un aliéné, la possibilité de l'enfermer, et les contraindre de cette manière à le consoler, le calmer, et l'entourer de soins d'autant plus grands qu'il est plus agité et par conséquent plus malade, que dans son rapport au conseil général des hospices, publié en 1834, le médecin de Bicêtre s'exprimait ainsi : « La quantité de loges doit être surtout calculée sur la proportion des malades en traitement, et surtout des manies aiguës que la maison est destinée à recevoir. Pour les établissements qui n'admettent que des aliénés en traitement, il faut des loges pour  $1/4$  de la population. Dans ceux qui sont destinés en même temps à des aliénés en traitement, à des incurables et à des idiots, des loges doivent être préparées pour  $1/10$  de la population, et pour  $1/14$  seulement, ainsi que je suis à même d'en juger par les besoins du service de Bicêtre, dans les maisons qui reçoivent en outre des épileptiques. » L'expérience que j'ai acquise pendant un séjour de trois années à l'hospice des aliénés d'Auxerre confirme pleinement ces données, et je suis heureux de dire que sur une population de 200 aliénés il en est à peine 12 qui sont renfermés pendant la nuit dans des cellules. J'ajouterai que j'attribue ces heureux résultats au travail manuel établi sur une large base; je conclus donc que le principe de la réduction des cellules a obéi à la loi du progrès, et qu'ainsi dégagé de toutes

les critiques, de toutes les oppositions qu'une grande idée fait toujours naître, il doit arriver à ses conséquences et à ses applications immédiates.

Je crois nécessaire d'élever au centre les bâtiments pour les services généraux, et de les réunir au logement du médecin-directeur, comme pour exprimer la fusion de la médecine et de l'administration qui se prêtent un secours mutuel, l'administration dans un hospice d'aliénés n'étant que l'application d'une hygiène bien entendue. Travail, police, régime, vêtements, distraction, etc., ne doivent-ils pas être réglés et prescrits par une intelligence médicale, dans l'unique but de guérir ou de soulager ? Par sa position au centre, la direction, ou, si l'on veut, l'administration médicale, représente la tête de l'hospice ; la religion, par l'organe d'un de ses ministres les plus éminents, M. de Quelen, et la science des maladies nerveuses, par l'un de ses plus dignes interprètes, le docteur Ferrus, s'accordant à dire que la médecine et la raison doivent dominer dans un hospice d'aliénés.

On établirait des quartiers spéciaux pour servir d'infirmiers aux malades des deux sexes.

La chapelle doit être construite perpendiculairement au mur de clôture, du côté de la porte d'entrée principale, la religion ne pouvant s'exercer efficacement que sur les gens de service, les malades convalescents, ceux désignés par le médecin, l'aspect de l'église pouvant être nuisible aux aliénés atteints de délire religieux.

Sur la même ligne, en regard de la chapelle, pour lui servir de pendant, on pourrait construire un lavoir, sans que cette disposition eût rien de choquant.

A l'autre mur de clôture, et parallèlement à la chapelle et au lavoir, on bâtirait le dépôt des morts et l'amphithéâtre pour les autopsies.

Les salles de bains et les ateliers, quoique à l'une des extrémités des bâtiments, se relieraient à eux.

Si la forme et la distribution d'un asile destiné à la thérapeutique des maladies nerveuses sont essentielles au succès du traitement, l'ameublement qui leur est nécessaire n'est pas moins utile. En rapport avec elles, il doit respirer cette propreté, cette élégante simplicité, cet ordre dont nous avons déjà fait connaître les heureux résultats. Dans les cellules, les lits seront fixés au sol, placés de manière à laisser entre eux et le mur un intervalle qui permette aux gens de service d'en faire le tour, et qui empêche le séjour de matières putrescibles. Dans le quartier des gâteaux, les lits seront disposés de manière à permettre des lutions répétées aussi souvent que l'exige la propreté. Dans les autres dortoirs, toutes les couchettes, préférablement en fer, devront être légères, élégantes, quoique solides; car il est bon d'observer qu'à Charenton jamais les dégâts n'ont été moins considérables que depuis l'époque où l'on a mis à la disposition des aliénés des meubles plus propres et moins massifs. On mettra à côté de chaque lit une chaise et un paillason; au-dessus, une tablette sur laquelle les malades rangeront leurs vêtements, plaçant au pied du lit leurs souliers portant un numéro correspondant à celui de la couchette. Cette règle, qui de prime abord peut paraître futile, est cependant importante au point de vue pratique; car elle oblige les aliénés à mettre de l'ordre dans leurs effets, sur lesquels ils ont pour ainsi dire un droit de propriété, satisfaisant par conséquent ce sentiment lorsqu'il existe, ou lui donnant l'éveil lorsqu'il est assoupi. Elle leur apprend en outre à respecter ce qui appartient aux autres, excite leur prévoyance, et devient un moyen d'apprécier leur état mental, en fournissant au médecin l'occasion d'exercer la médecine morale; car l'ordre extérieur révèle l'ordre intérieur, et nous avons dit que ce dernier était la plus haute expression de la raison, qu'on doit faire prédominer dans la folie.

Il faut proscrire dans les salles de réunion et dans les dortoirs tous les meubles qui peuvent devenir des ramassis d'objets volés ou cachés par les aliénés, servir de foyer d'infection ou faciliter

le désordre. On dressera dans les réfectoires des tables communes servies selon les usages ordinaires de la vie, les malades se faisant eux-mêmes entre eux les honneurs du repas, sous la surveillance des préposés.

On suspendra au mur de chaque salle de travail ou de réunion des thermomètres, afin que la température ne s'élève jamais au-delà de 10 à 12 degrés cent.

Les poêles seront construits en faïence et chauffés avec du bois.

La lingerie se trouvera abondamment pourvue de linge; on évalue généralement à trois paires le nombre des draps nécessaires aux malades ordinaires, et à six paires ceux destinés aux paralytiques et aux aliénés qui se trouvent atteints de maladies accidentelles, admis à l'infirmerie en cette qualité.

Le régime alimentaire, dans un asile d'aliénés, mérite d'occuper toute l'attention du médecin, puisque l'expérience moderne a prouvé qu'on parvenait, au moyen d'une alimentation variée, à modifier profondément l'organisme, à augmenter telle partie aux dépens de telle autre, accroître ou diminuer son énergie fonctionnelle; puisque, selon la remarque de Pinel, l'hygiène physique et morale constitue le principal traitement applicable à la classe la plus nombreuse des folies, dont il a observé et décrit la marche dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Les repas, au nombre de trois, doivent, dans un hôpital d'aliénés bien administré, être réglés d'avance quant à la quantité et à la nature des aliments et des boissons. Du reste, cette nourriture variera suivant les prescriptions particulières du médecin.

La question des vêtements vient naturellement après celle du régime alimentaire. Il est nécessaire de donner aux malheureux aliénés des vêtements chauds en hiver, et en été des vêtements frais et légers. Les costumes qui leur sont délivrés doivent être uniformes; cette mesure, qui évite toute distinction, épargne toute susceptibilité, et par conséquent ramène

à des idées de calme, d'égalité et de confraternité. En rendant un aliéné témoin de faveurs accordées à son compagnon, pour satisfaire ordinairement la vanité des familles, ne réveille-t-on pas en lui un sentiment de jalousie quelquefois capable d'augmenter la folie ou de l'entretenir? Les vêtements destinés aux malades doivent être propres, et d'une simplicité qui n'exclue pas l'élégance : ces qualités relèvent leur dignité morale, prouvent l'intérêt qu'on leur porte, sont la récompense de leur bonne conduite, un motif d'efforts pour maîtriser leurs aveugles penchants, et donner à leur raison, par l'exercice de l'entendement, plus d'empire sur leur détermination ; enfin permettent au médecin-directeur d'exiger de leur part une attention constante à les maintenir dans un état convenable. Plus d'une fois, après avoir échoué par tout autre moyen, je suis parvenu, à l'aide de la simple humiliation qu'occasionnait la longue robe qu'on met aux paralytiques, et par l'espérance de remettre les premiers habits, à rendre actif et laborieux un maniaque jusque là paresseux, et à l'engager dans la voie d'une guérison souvent obtenue par le travail. Le mode de vêtements présente encore des résultats très importants sous le rapport hygiénique (1). Il est nécessaire d'avoir en tout temps un costume plus soigné, plus élégant, pour ménager à l'insensé la satisfaction d'assister aux cérémonies du culte avec plus de tenue, de décence, et de se promener en dehors de l'hospice sans inspirer

---

(1) Chaque malade doit avoir à sa disposition deux vêtements en laine pour l'hiver, et le même nombre en toile pour l'été, quatre chemises, un chapeau de paille pour mettre sa tête à l'abri des intempéries de la saison, la circulation du sang dans les vaisseaux encéphaliques étant ordinairement très active chez les fous, par suite de l'exaltation de la vitalité du centre nerveux. Chaque malade possédera en outre une paire de souliers, une paire d'esclots ou de sabots pour le travail des champs ; cette dernière chaussure, convenablement garnie, a le précieux avantage de garantir les extrémités inférieures de l'humidité, de les maintenir à une température élevée, et de diminuer ainsi les congestions cérébrales.



l'éloignement ou le dégoût ; car ces pauvres malades, sensibles à l'excès, sont si heureux de trouver dans ce qui les entoure de la bienveillance et de la justice ! » La question des vêtements, dit M. Ferrus dans son Cours sur les maladies mentales, doit être prise en considération, non seulement sous le côté physique, mais encore sous le rapport moral : on conçoit quelle impression fâcheuse doit produire sur un aliéné la vue des haillons dont il est couvert ; alors il est douloureusement affecté ou humilié de l'abandon dont il est l'objet, et les réflexions pénibles que provoque son état rendent son délire plus intense ou déterminent une rechute. Nous avons bien souvent remarqué que la propreté et la valeur des vêtements donnaient l'éveil à l'amour de la propriété et à la vanité de l'aliéné, et qu'il les conservait avec soin, tandis qu'il les souillait ou les mettait en pièces lorsqu'on le couvrait d'habits vieux, disproportionnés et malpropres. »

Conformément aux idées exposées ci-dessus, j'ai eu l'occasion plusieurs fois de remarquer l'heureuse influence des vêtements décents sur l'esprit des aliénés, et, par suite, sur leur état nerveux : aussi, pour m'assurer de leur propreté, je passe une revue générale hebdomadaire qui me permet d'agir vivement sur les passions de mes malades, par quelques mots prononcés en public, relativement à leur tenue et à leur conduite ; je dis hebdomadaire, quoique tous les jours ces points essentiels soient le sujet de mes observations ; mais on évitera de louer ou de réprimander trop souvent, si l'on veut produire une plus forte impression, et se réserver un puissant moyen d'action, l'habitude émuissant bientôt la sensibilité : il faut, comme le dit Montaigne, savoir ménager sa volonté.

Abordons maintenant le second ordre de moyens thérapeutiques, c'est-à-dire le personnel d'un établissement d'aliénés.

Je ne parlerai pas du médecin-directeur, car il donne l'impulsion à tout, il dirige tous les services ; c'est à lui qu'aboutissent tous les différends, toutes les pensées, toutes les actions,

*dat omnibus et ab omnibus accipit.* Il est secondé par un médecin-interne qui entre dans tous les détails, et veille à l'exécution rigoureuse de toutes les prescriptions, notées avec soin par le pharmacien chargé de leur préparation officinale.

L'économe perçoit, emmagasine les matières et denrées nécessaires aux besoins des malades, prévus par le projet de budget dressé par le médecin-directeur. Aliments, vêtements, coucher, éclairage, chauffage, ne sont-ils pas du domaine de l'hygiène qui constitue une des principales bases de la thérapeutique des maladies mentales ? Il ne distribue que les quantités d'aliments indiquées tous les matins par le médecin sur les feuilles de régime, et veille à leur consommation ; il ne délivre rien que sur des bons signés par le médecin, qui devient de cette manière véritable administrateur responsable, conformément au vœu de l'art. 1<sup>er</sup> de l'ordonnance du 18 décembre 1839, relative aux aliénés. L'économe adresse à la fin de chaque mois, au médecin-directeur, un état mensuel des livraisons qu'il a faites, et, comme pièces à l'appui, tous les bons émanés de la direction, qui en vérifie l'exactitude. On comprend sans peine que ce double travail médico-administratif est incompatible avec les forces, l'intelligence et la volonté d'un seul homme ; aussi devient-il urgent de lui adjoindre, sous le nom d'inspecteur, un secrétaire qui ait toute sa confiance, qui puisse lui présenter tous les mois une vérification exacte des comptes de l'économe, veiller à ce que l'émission des bons soit en parfaite harmonie avec les limites du budget, tenir le médecin au courant des ressources qui lui restent, lorsqu'il veut introduire quelque amélioration, quelque réforme utile ; on préservera de la sorte l'unité de la direction, et l'on empêchera l'économe de devenir véritable directeur, sans en porter le nom, et sans supporter le poids énorme de la responsabilité qui pèse sur le médecin.

Ce n'est point en vue d'une étroite économie que l'ordonnance du 18 décembre 1839, relative aux aliénés, a permis la

réunion des fonctions de médecin et de directeur ; c'est en conséquence d'un principe essentiellement médical. La réflexion et l'expérience ont suffisamment appris, dit M. Ferrus, qu'on doit citer souvent lorsqu'il est question des aliénés, que la direction médicale d'un service de ce genre ne ressemble en rien à celle d'un hôpital ordinaire ; un médecin d'aliénés, en outre du traitement médical, doit encore s'occuper de tous les détails administratifs qui peuvent concourir à la guérison de ses malades. M. Esquirol et tous les auteurs judicieux ont émis les mêmes pensées. Il existe indépendamment de la direction administrative une direction morale qui n'est pas moins nécessaire au but qu'on se propose. Effectivement les maisons consacrées au traitement de la folie ont plus d'un rapport avec les maisons d'éducation ; dans les unes comme dans les autres les facultés affectives d'abord, puis les facultés intellectuelles doivent fixer l'attention et la sollicitude de ceux qui les dirigent. Qui ne sait que dans ces maisons l'autorité du chef doit être absolue, et combien il importe que les maîtres n'en rappellent jamais d'une décision portée par lui ? Si l'on a établi un conseil d'administration, il faut que ses délibérations soient secrètes, que tout au dehors révèle l'harmonie et la conviction la plus complète. Si les enfants sont assez sagaces pour saisir les dissidences de leurs maîtres et tout ce qui décèle même le doute, il ne faut pas oublier que les aliénés sont de grands enfants, toujours prêts à se soustraire à la discipline et au régime qu'on leur impose. Avec les conditions de charité, de talent, de justice, de fermeté et de non-opposition à l'intervention de l'autorité administrative et judiciaire, quand elle peut avoir lieu sans danger, je ne balance pas à dire, publiait en 1834 M. Ferrus, que l'autorité du médecin doit être sans limite, sous le rapport du traitement et de la direction intérieure des établissements d'aliénés. M. Esquirol allait plus loin lorsqu'il disait : Dans une maison d'aliénés il ne doit y avoir qu'un chef, et rien qu'un chef... Y a-t-il plusieurs chefs qui ordonnent, l'esprit des aliénés ne sait sur qui

reposer, il s'égaré dans le vague ; la confiance ne s'établit point ; or, sans confiance, point de guérison ; l'esprit d'indépendance trouve des faux-fuyants contre l'obéissance, lorsque l'autorité est divisée. En veillant à la consommation des denrées, à la manutention ou à l'usage des effets, matières, l'économe doit faire des observations tacites, qui deviendront le sujet d'une communication franche au directeur ; il évitera soigneusement d'admonester les surveillants, à plus forte raison les surveillants chefs et leurs subordonnés, devant les malades ; cette conduite nuit à la considération et au respect dont les aliénés doivent les entourer, puisqu'ils représentent le médecin-directeur en son absence. Il lui est interdit de parler aux malades, une parole intempestive, un reproche même mérité pouvant avoir une influence fâcheuse sur leur délire. Mais si l'économe n'a aucun rapport avec les aliénés ni avec les surveillants, il doit diriger sous l'autorité et le contrôle du médecin-directeur les préposés qui se rattachent spécialement au ménage de la maison ; de ce nombre sont le domestique, garde-magasin, la cuisinière chef et ses aides, la lingère ayant sous ses ordres une laveuse chef.

La pensée du législateur, en constituant des médecins-directeurs dans les hospices d'aliénés, a donc été de créer dans l'intérêt des malades un pouvoir unique, à la fois juste et ferme, imprimant à chaque employé une direction spéciale, recevant de leur part une influence d'autant plus énergique et salutaire qu'ils remplissent mieux les fonctions qui leur sont confiées.

Un receveur est attaché à tous les hospices d'aliénés. Il perçoit les fonds alloués par le département et paie sur mandat du directeur les fournisseurs de la maison. Il envoie à la fin de chaque mois un état de situation financière de l'asile en rapport avec la délivrance des mandats faite par l'administration.

Un maître de musique, dirigeant en même temps une espèce d'école élémentaire, est aujourd'hui reconnu nécessaire dans un établissement d'aliénés. Bossuet, un des premiers, a confirmé l'influence heureuse de l'exercice de l'entendement sur le cer-

veau par la tension modérée et souvent relâchée de ses fibres ; ce profond observateur , en acceptant l'expérience de ses devanciers , les psychologues et les médecins , en s'étudiant lui-même , a fait ressortir tous les avantages qu'on peut retirer de cet empire de la raison sur le corps , et prouvé qu'il faut nécessairement que l'homme , pour son propre repos , bride les mouvements irréguliers de l'encéphale et se rende maître des pensées reproduites par son imagination , qui dans certaines circonstances le privent de sa liberté d'attention. C'est pour cela , dit ce grand homme , qu'il faut habituer de bonne heure le cerveau à ne recevoir et à ne reproduire que des pensées vertueuses ; c'est pour cela qu'il faut apporter tant de soins à établir l'équilibre des passions , à se livrer quelquefois à une passion honnête pour se préserver d'une criminelle , jusqu'à ce que la raison puisse reprendre assez de calme pour gouverner son empire. Le siège des passions , dans l'ordre physiologique , est le même que dans l'ordre pathologique , et l'art de les manier dans la folie n'en diffère point autant qu'on pourrait le penser , surtout lorsque l'aliénation mentale est le résultat de causes morales. Tantôt le médecin s'efforcera donc d'assoupir simultanément les passions , lorsqu'elles sont toutes excitées comme dans la manie , tantôt d'en rétablir l'équilibre par la diversion morale , lorsqu'une seule domine , soit à l'état d'expansion , comme dans la monomanie , soit à l'état d'oppression , comme dans la lypémanie. Mais ces passions , ramenées à leur type normal , la guérison n'est obtenue qu'à moitié , elle est pour ainsi dire préparée. Pour qu'elle soit solide et durable , on doit fortifier la raison par l'exercice des facultés intellectuelles ; l'œuvre est alors complet. N'est-ce pas là ce que voulait Pinel ( p. 253 ) lorsqu'il disait : « qu'on devait soumettre une certaine classe d'aliénés , les convalescents et ceux à intervalles lucides , à une sorte d'institution morale propre à développer et à fortifier les facultés de l'entendement ? » Calmer les premiers symptômes de la modification cérébrale par des moyens physiques et moraux appropriés à la cause , à la nature

de la folie, à la constitution organique; ramener ainsi la sensibilité à son type normal, en faisant peu à peu et modérément fonctionner l'intelligence dans le sens physiologique, de manière à régulariser son exercice et à la rendre maîtresse de ses actes, telle est l'indication à remplir; car il en est du cerveau comme de tous les autres organes. Lorsque les premiers symptômes d'une affection gastrique ont disparu, il ne faut point oublier de donner à l'estomac quelques aliments d'une digestion facile, pour entretenir le jeu des fonctions qui lui sont dévolues; ce défaut de précaution rend souvent compte de la chronicité; mais on évitera dans l'un comme dans l'autre cas de passer les bornes d'une sage modération indiquée par l'expérience. Autant les distractions méthodiques et modérées sont utiles aux aliénés, autant celles qui exaltent la sensibilité, qui fatiguent la mémoire ou l'intelligence, qui transportent l'âme dans un monde imaginaire, l'éloignent de la vie réelle et positive, sont contraires à ces infortunés. « Les moyens de distraction, dit M. Esquirol, sont toutefois, après le travail, les agents les plus efficaces pour guérir les aliénés; mais qu'on ne compte pas sur le succès des distractions qui exaltent les passions et l'imagination. » Aussi doit-on proscrire les spectacles des asiles de ce genre. Parmi les meilleurs moyens de distraction, nous placerons la lecture, les analyses, l'écriture, et particulièrement la musique. Une heure de leçon de musique m'a paru fixer agréablement l'attention des malades livrés pendant une grande partie du jour à un travail mécanique, qui constitue une des bases fondamentales de la thérapeutique, et fournir au médecin une occasion favorable pour imprimer aux facultés affectives et intellectuelles une bonne direction. Outre ces avantages moraux, le chant contribue puissamment à développer une des fonctions les plus importantes de l'organisme, je veux parler de l'hématose. Sous ce rapport la thérapeutique des maladies nerveuses doit beaucoup aux efforts intelligents et continus de M. Leuret, qui cependant est allé trop loin.

Le service des malades, dans le quartier des hommes, sera fait par des personnes du sexe masculin, et dans celui des femmes par celles du sexe féminin, sous la direction d'un surveillant et d'une surveillante chefs.

Ici se présente une question : Devra-t-on confier la surveillance des aliénés à une communauté religieuse ou à des laïques ? Si l'on considère, ainsi que le docteur Ellis l'a très bien fait observer, qu'une des parties les plus difficiles de la tâche des directeurs est de trouver des agents propres à les seconder, on voit combien une semblable question est importante, et que, pour être traitée, elle exige un esprit philosophique à l'abri de tout reproche d'impiété ou de fanatisme. Et d'abord je reconnais, avec la conviction la plus vraie, que rien n'égale la sublimité ni la pureté des dogmes et de la morale chrétienne ; qu'ils sont indispensables pour inspirer ce zèle, cette abnégation, ce dévouement plein de patience, de douceur, de fermeté nécessaire au traitement des malheureux aliénés. En admettant donc qu'une administration pût trouver, je ne dirai pas des hommes, mais des anges, pour accomplir cette œuvre de charité, il est certain que le choix ne devrait pas être douteux. Mais si des hauteurs évangéliques on descend dans l'existence réelle de notre pauvre humanité, oh ! alors la question se complique et se hérisse de difficultés. Tous les philosophes chrétiens ont reconnu qu'avec sa nature déchue et corrompue, l'homme était incapable de persévérer dans le bien, sans le secours de la grâce ; sa raison n'est ni assez forte, ni assez parfaite pour opposer une résistance invincible au choc tumultueux des passions. Pascal avait bien senti cette vérité profonde, lorsqu'il dit à la page 240 de ses immortelles Pensées ; « Quelle chimère est-ce donc que l'homme ? Quelle nouveauté, quel chaos, quel sujet de contradiction ? Juge de toutes choses, imbécile ver de terre, dépositaire du vrai, amas d'incertitudes, gloire et rebus de l'univers ; s'il s'abaisse, je le vante ; s'il se vante, je l'abaisse et le contredis toujours, jusqu'à ce qu'il comprenne qu'il est un

monstre incompréhensible. » Or, en supposant le servant religieux digne de cette grâce, la correspondance à cette grâce sera-t-elle toujours suffisante pour que les cris de l'égoïsme n'en viennent troubler l'harmonie? Il ne serait plus homme, et l'expérience prouve le contraire. De quelle force alors ne jouissent pas ses allégations d'intérêt personnel? quelle résistance ne peut-il pas opposer au pouvoir dans ces moments de révolte? quelle influence immense ne peut-il pas exercer sur l'esprit d'une localité et même d'un royaume dans un instant d'égarement? Que deviennent ces suppositions, si elles s'adressent à une conscience aveugle et routinière, ou si l'opposition aux ordres du chef est engendrée par un faux esprit de charité ou par un zèle indiscret? L'expérience n'a que trop justifié ces craintes, et démontré que c'est ainsi que les religieux arrachent le plus souvent le pouvoir des mains du directeur, ou le paralysent en le divisant. C'est cependant sur l'exercice absolu de l'autorité que repose la bonne administration médicale d'un hospice d'aliénés. Fréquemment encore la douceur dont les religieux usent envers les malades dégénère en faiblesse, tandis qu'elle devrait s'allier à une énergique fermeté, basée sur un traitement profondément rationnel de la folie.

En confiant au contraire les aliénés à des laïques, on s'adresse à l'homme tel qu'il est, avec ses bons et ses mauvais penchants; mais on n'a plus à redouter cette unité puissante d'une communauté rattachée par des liens de solidarité à la masse religieuse; l'exercice du pouvoir est plus facile là où les intérêts sont divisés, et un rouage vicieux ou impropre plus promptement remplacé. Maintenant il importe d'adoucir l'égoïsme de cette classe d'hommes par des sentiments religieux; il faut que les divins préceptes du christianisme réchauffent leur cœur et leur enthousiasme pour le bien; il en faut aider la pratique par des avantages personnels; plus la créature est faible dans sa volonté pour ce bien, plus il est essentiel d'encourager ses efforts et de prêter des forces à sa vertu. Sans doute des motifs de satisfaction sen-



suelle, de gloire et même d'une raison stoïque, mouvements fiévreux, dit Pascal, que la santé ne peut imiter, sont peu de chose, comparés à ceux si élevés du chrétien; mais si, acceptés dans certaines limites, ils favorisent les actions vertueuses, n'y aurait-il pas orgueilleuse présomption d'en rejeter le secours? Fortifiez les âmes généreuses par des moyens honnêtes, et vous n'aurez fait qu'un acte d'humilité; ajoutez aux mobiles humains ceux plus nobles d'une religion éclairée, et vous aurez augmenté les chances d'un bon service, vous aurez diminué les luttes intérieures de l'âme, qui s'emparent de l'homme dès son berceau et l'accompagnent jusqu'à sa tombe. Un personnel laïque, dominé par des idées et des sentiments religieux, me semble donc préférable, dans un hospice d'aliénés, à une communauté, malgré les inconvénients qui s'y rattachent. Mais, on ne peut pas se le dissimuler, il est difficile de trouver des sujets capables de remplir de si importantes fonctions, insuffisamment rétribués et honorés; ne faut-il pas que les personnes chargées en quelque sorte de continuer l'emploi des moyens moraux, prescrits par le médecin, réunissent aux avantages d'une certaine éducation morale ceux d'une force intellectuelle et physique au-dessus du vulgaire, grandis, épurés par la religion?

On ne peut pas se dissimuler encore que cette classe d'employés confond quelquefois la sévérité avec la fermeté qu'on leur recommande à l'égard des malades; toutefois la difficulté de trouver des sujets convenables qui constitue le premier de ces inconvénients n'est-elle pas rachetée par l'unité et la force du pouvoir; et la sévérité qui constitue le dernier ne peut-elle pas être annulée par une surveillance intelligente, active, de la part du chef de l'établissement? Ces raisons jointes à ce que le costume religieux augmente ou entretient les délires mystiques, en leur retraçant ce qui leur sert d'aliment, tandis qu'on devrait l'éloigner avec soin, corroborent mon opinion basée sur une expérience de trois ans dans l'asile d'Auxerre; c'est du reste celle de M. Ferrus qui, dans une annotation de son ouvrage éminem-

ment pratique sur les aliénés, s'exprime ainsi : « Je rends hommage au zèle et au dévouement des sœurs de la Charité pour les services qu'elles rendent dans les hôpitaux ordinaires; mais dans les maisons destinées au traitement des aliénés, la présence des sœurs et des religieux doit entraîner, à mon avis, plus d'inconvénients que d'avantages. » C'est dans la crainte de voir le pouvoir usurpé par les religieux et dans celle de ne point trouver de surveillants laïques assez dévoués, que M. Durieu recommande dans son excellent livre sur les établissements de bienfaisance, de passer des traités avec eux, en les soumettant à l'approbation du préfet et du ministre sous l'autorité desquels ces établissements sont placés, traités, autorisés par la loi.

Il nous reste à étudier quels sont les devoirs des surveillants, par quels moyens ils peuvent les remplir, et quelles sont les qualités morales et physiques qu'ils doivent apporter dans l'exercice de leurs fonctions. La folie se traduisant par des symptômes physiques, il est clair que les surveillants doivent avoir les connaissances des infirmiers; mais ayant à s'opposer aux écarts d'une volonté pervertie par un vice de la sensibilité, se manifestant par l'intermédiaire du système musculaire; soit que l'individu agisse, soit qu'il parle, il faut qu'ils apportent dans l'exercice de leurs fonctions une certaine puissance de force matérielle propre à en imposer à l'aliéné, et au besoin à l'empêcher de nuire aux autres et à lui-même. Cette crainte, à laquelle on a beaucoup trop sacrifié jusqu'à ce jour, doit être resserrée dans une limite qu'une sage expérience restreindra de jour en jour. Avoir la faculté d'opposer la force à la violence est donc une condition nécessaire aux surveillants. Mais la folie, outre les signes physiques, présente des troubles moraux dont les actes ne sont qu'une conséquence. Indiquer sommairement ces troubles principaux et les procédés que le médecin emploie pour les combattre, c'est donner aux gens de service un aperçu des qualités qu'on leur demande, et les engager ainsi à consulter leurs forces avant d'entreprendre une si noble tâche. A cet

effet, je réduirai à trois chefs les maladies mentales : manie, monomanie, lypémanie ; car ce sont les principales nuances qu'affecte le délire dans la folie.

Dans la manie, les instincts et les idées entrent en jeu et bouleversent l'entendement ; l'image de la manie est le chaos et par conséquent le désordre. La nature de la manie est une exaltation excessive de la sensibilité interne, une vivacité de désirs multiples qui se succèdent les uns aux autres, subjuguent la volonté et abolissent le jugement. Dans cette affection, le délire est général, et les fonctions organiques, dont la sensibilité est exagérée et malade, font retentir sur leur centre nerveux leur douloureuse influence. L'opposé moral d'un semblable état, c'est le calme, l'ordre et le jugement. Ce sont les plus puissants moyens dont on peut faire usage envers ces malheureux. Il est clair que je suppose l'isolement effectué, c'est-à-dire l'aliéné enlevé aux personnes, aux lieux, aux circonstances qui ont excité son délire, ou lui servent de point d'appui, par les sentiments, les émotions, les souvenirs qu'ils font naître, et que je ne parle ici que des moyens moraux ; car il est bien entendu que les moyens physiques tels que bains tièdes, tisane appropriée, révulsifs, etc., constituent une des principales bases du traitement rationnel. Le médecin appelé auprès d'un malheureux atteint d'une si cruelle affection, s'avancera donc avec calme, les yeux fixés vers ceux de son malade ; sa physionomie exprimera la douceur et la fermeté ; ses manières seront aisées, ses gestes réfléchis, sa parole douce et basse, son attitude ferme et imposante.

Mais il ne suffit pas de combattre l'agitation par le calme, il faut encore, avons-nous dit, opposer l'ordre au désordre ; et à cet effet, le médecin à qui doit appartenir de droit la direction de ses malades, mettra beaucoup de zèle à les entourer de tout ce qui est susceptible de leur rappeler cette idée dominante ; les exercices physiques et moraux seront réglés, ainsi que le lever, le coucher et les repas ; l'ordre hiérarchique des pouvoirs sera scrupuleusement observé ; les surveillants, soumis à une disci-

plaine sévère, obéiront passivement aux ordres de leur chef. Leurs mouvements seront réfléchis, leurs vêtements décents et convenables, leur attention constante; c'est en agissant sur cette faculté d'ordre, que les leçons de musique prises en commun exercent sur les maniaques une si heureuse influence.

Dans la manie, le jugement est aboli et l'attention impossible; tout doit concourir au rétablissement de cette importante faculté, qui dirige nos actions et règle nos pensées. A cet effet, une morale appliquée, une action bien et à propos jugée, en constituent les meilleurs moyens, et les aliénés qui vivent en commun en fourniront au médecin des occasions incessantes. « Le trouble de la raison, dit M. Falret dans son excellent article sur l'aliénation mentale, est consécutif et même subordonné au trouble de notre moral, fait psychologique morbide important que doivent toujours avoir en vue l'instituteur de la jeunesse et le médecin voué à la spécialité des maladies mentales. L'instituteur, pour que la raison se maintienne régulière, doit surtout veiller au maintien de l'équilibre des facultés morales; il doit s'attacher à faire prédominer les sentiments élevés et généreux sur les sentiments inférieurs et égoïstes. Il doit, autant pour l'intégrité de la raison que pour le bonheur de l'homme, donner ses soins premiers à l'éducation, c'est-à-dire à la direction des sentiments et des penchants; l'instruction, ou le développement des facultés intellectuelles, ne doit occuper que le second rang; de même le médecin, dans le traitement des aliénés, doit trouver d'heureuses inspirations plutôt dans l'examen de la perversion des facultés affectives que dans la connaissance du trouble des facultés intellectuelles. » Ici M. Falret n'accorde point assez d'empire à la raison sur la sensibilité.

Dans la monomanie, le délire roule sur une série d'idées, ou même sur une seule idée à laquelle le malade rapporte toutes ses paroles et toutes ses actions; mais le malade au lieu d'être triste, comme dans la lypémanie, est au contraire gai, expansif; tantôt le monomane se croit roi, et il raisonne et agit en conséquence;

tantôt sa volonté et son jugement sont entraînés par un violent amour idéal, ou par un penchant irrésistible aux liqueurs alcooliques, par une perversion des facultés affectives, telle qu'une haine implacable contre sa famille, qui le rend audacieux, téméraire, etc. Il faut, dans cette circonstance, flétrir la passion morbide par le dédain, quelquefois déconcerter l'aliéné par ses propos, enfin opérer une diversion à l'aide du travail, du réveil des sentiments contraires à ceux qui paraissent dominer, puis activer et consolider la convalescence par les trois moyens principaux : le calme, l'ordre et le jugement.

Dans la lypémanie, les affections tristes prédominent et subjuguent l'entendement; le remords, la crainte, la tristesse, dépriment l'organisme, les fonctions languissent, le système musculaire est comme paralysé, l'œil est éteint, la physionomie consternée. Ici le médecin, après avoir échoué par des moyens de douceur et de persuasion, doit rompre le charme qui retient l'aliéné par quelques propos fermes et même durs auxquels il fera succéder plus tard des encouragements, si le malade est plus docile à ses conseils. Ce sont des secousses qu'il faut au lypémanique, « un mélange, comme le dit Cabanis, de douceur et de sévérité, de mauvais et de bon traitement. » Modifier l'affection morbide, opérer une diversion sur les facultés restées saines, relever les forces, exciter les efforts du malade par les mobiles les plus puissants, puis hâter et corroborer la guérison par les trois moyens capitaux opposés à la manie, voilà le précepte.

Le principe d'application des conditions générales par lesquelles on combat l'aliénation mentale et qui sont, pour me résumer, le calme, l'ordre et le jugement, dérive d'une importante faculté que l'homme possède et qui tempère tout ce que les instincts de conservation, d'intérêt personnel, d'amour-propre ont de dur et de sec; je veux parler de la sympathie et de l'imitation qu'elle fait naître. C'est elle, en effet, qui fait partager à la mère les douleurs de son nourrisson, qui la paie par

un sourire, nous met en émoi aux cris de la souffrance, associe les hommes aux nobles idées, aux grandes œuvres, et devient ainsi une des sources les plus fécondes de la sociabilité et de la perfectibilité humaines. S'il est prouvé que l'action incessante du traitement moral aussi nécessaire que le traitement physique ne saurait être confiée à des surveillants grossiers, dont on peut bien utiliser les services manuels, mais qui n'auraient jamais assez d'habileté et de douceur dans le langage, assez de dignité dans les manières, de fermeté dans les principes d'éducation et d'intelligence pour opposer le calme à l'agitation, l'ordre au désordre, et le jugement aux égarements de la raison; s'il est reconnu d'après Pinel, Esquirol, Ferrus, Falret, Voisin, Leuret, Foville et tous les observateurs judicieux, que le médecin doit être investi d'une autorité à laquelle nul habitant de l'établissement ne puisse se soustraire; si, dis-je, tous ces faits sont solidement établis, il faudra nécessairement que le médecin se serve comme d'aides intelligents, d'un surveillant-chef dans la division des hommes, d'une surveillante-chef dans la division des femmes, doués d'un caractère ferme, doux et calme, d'une éducation et d'une intelligence indispensables à l'exercice d'aussi importantes fonctions. Vivant avec les aliénés, ils noteront leurs propos et leurs actes les plus saillants, symptômes de la maladie; ils feront connaître la manière dont chaque subordonné accomplit ses devoirs; ce qui deviendra pour le médecin-directeur l'occasion d'accorder des éloges, des gratifications, à la fin de chaque mois à celui dont la conduite aura toujours été bonne; enfin ils dirigeront le travail des aliénés, d'après les indications fournies par le médecin-directeur. A cet égard, nous ne pouvons nous empêcher de dire deux mots sur l'importance du travail dans un hospice d'aliénés.

C'est à Pinel qu'est due en France la première idée de l'application d'un travail mécanique. L'introduction d'un pareil moyen dans ce genre d'hôpital lui parut si nécessaire qu'il n'hésita pas

à dire, dans son immortel *Traité de l'aliénation mentale*, qu'un établissement d'aliénés, pour être durable et d'une utilité soutenue, devait porter sur cette base fondamentale, et que très peu d'aliénés, même dans leur état de fureur, devaient être éloignés de toute occupation active. Un travail constant; dit Pinel, change la chaîne vicieuse des idées, fixe les facultés de l'entendement, en leur donnant de l'exercice, entretient seul l'ordre dans un rassemblement quelconque d'aliénés, et dispense d'une foule de règles minutieuses et souvent vaines pour maintenir la police intérieure.... Un mouvement récréatif ou un travail pénible arrête les divagations insensées des aliénés, prévient les congestions vers la tête, rend la circulation plus uniforme et prépare à un sommeil plus tranquille.

Bien pénétré de l'excellence de ces idées, M. Ferrus, par sa persévérance énergique, a osé le premier en France introduire le travail des champs, d'abord à Bicêtre, sur une grande masse d'hommes, auxquels il n'a pas craint de confier des instruments, sans que jamais il ait eu à se repentir de cette mesure bienveillante, puis dans les divers établissements départementaux qui lui sont redevables d'une réforme qui fait honneur à l'humanité et promet des fruits que ne tardera pas à cueillir la génération présente. Pour s'en convaincre, il suffira de jeter les yeux sur son rapport au conseil général des hospices relatif aux aliénés. M. Esquirol et tous les médecins actuels sont unanimes à regarder le travail comme un des plus puissants moyens de guérison de la folie; ce n'est plus un problème à résoudre, c'est une vérité désormais acquise à la science. A Auxerre, le travail est organisé sur la plus large base, et nous pouvons dire que sur une population de 200 aliénés, à peine en est-il 20, paralytiques, idiots ou agités, qui ne soient pas occupés. Nous pouvons ajouter que nous devons à l'emploi d'un semblable moyen un ordre, un calme, une moralité, une discipline, enfin une réduction dans l'usage des cellules, qui ont presque converti en hôpital ordinaire un asile où régnaient, avant l'application générale de ce

moyen, l'agitation et le tumulte (1). Toutefois, en proclamant la bienfaisante influence du travail sur l'aliénation mentale, nous pensons avec M. Ferrus qu'il est loin de constituer toute la thérapeutique. Cette opinion, comme toute idée exclusive, ne saurait entrer dans notre pensée. En effet, outre les moyens hygiéniques et le travail, ne faut-il pas, dans le traitement de la folie, solliciter, faire naître et diriger à propos les crises si savamment décrites par Pinel, plus tard par M. Esquirol, et conséquemment étudier avec soin les tendances des organismes, à certains âges, certaines époques, certaines conditions? Ces crises s'effectuent au physique et au moral. De là cette importance extrême à se rendre compte de l'état des fonctions; de là cette grande habileté que doit apporter un médecin à saisir un désir, développer une passion; de là ce soin également important de connaître le caractère, les habitudes, les mœurs, les affections, les goûts de son malade, avant l'invasion de l'aliénation mentale, ainsi que les causes prédisposantes ou occasionnelles qui l'ont produite; car une idée, un sentiment suscité à propos deviennent un levier moral si puissant pour rétablir l'équilibre des facultés intellectuelles et morales! Le travail facilite l'emploi de pareilles ressources et leur prête une nouvelle énergie.

Nous venons, 1<sup>o</sup> de légitimer la préférence accordée à un personnel laïque sur un personnel religieux; 2<sup>o</sup> de passer en revue les devoirs des surveillants. Nous ajouterons que ces idées, adoptées à l'hospice d'Auxerre, nous ont permis d'opérer une réforme salubre et promettent les résultats les plus satisfaisants. Ce mode de surveillance mérite donc l'attention des médecins appelés à la direction de semblables établissements.

Il n'est pas besoin de prouver la nécessité d'attacher un chapelain à chaque établissement d'aliénés; mais la question à résoudre est celle-ci: Quels doivent être les rapports du service

---

(1) Il est vrai de dire que quelques aliénés imbéciles et paisibles travaillaient, mais c'était l'exception, tandis qu'aujourd'hui c'est la règle.



religieux avec le traitement de la folie? Partout ailleurs, conséquemment dans tout autre établissement de bienfaisance qu'un hospice d'aliénés, le service religieux, comme l'idée qu'il exprime, devrait dominer tous les autres, puisque la raison humaine, livrée à ses propres efforts dans les hautes régions de la métaphysique, aboutit le plus souvent au doute, et que l'homme, pour son bonheur, doit aimer, connaître et croire, puisque la pensée d'une révélation lui inspire la foi, l'amour, et l'élève jusqu'aux desseins d'une cause première dont l'univers n'est qu'un effet. Mais dans une maison destinée au traitement de la folie, l'expérience le démontre, la religion doit en quelque sorte se réduire à une spécialité. En effet, pour qu'elle puisse reprendre ses droits sur l'homme, il faut qu'elle s'adresse à sa raison, à sa conscience, et, dès qu'il a recouvré cette lumière de son être, il cesse bientôt d'habiter cet asile du malheur, il se replace sous l'égide protectrice de la religion. La question se borne donc à savoir si les pratiques religieuses sont favorables au traitement de la folie. Les principaux auteurs qui ont écrit sur l'aliénation mentale s'accordent à regarder la religion comme un levier puissant pour remuer l'intelligence et le sentiment des aliénés; ils croient qu'exercée avec prudence et sagesse sur une certaine classe d'entre eux, elle produit des résultats favorables; mais qu'appliquée indistinctement aux masses, elle peut déterminer les accidents les plus graves, être l'occasion de crimes épouvantables, entraîner même l'incurabilité. L'histoire de l'aliénation mentale ne confirme que trop cette opinion. Laissons parler à ce sujet quelques hommes éminents spécialement adonnés à l'étude des maladies mentales : ainsi Pinel recommande d'éviter tout ce qui pourrait rappeler à l'aliéné, victime d'une religion mal-entendue, ce qui a trait à son délire. La surveillance la plus active, dit ce médecin, suffit à peine, non seulement pour empêcher la communication des dévots convalescentes avec les dévots au plus haut degré, mais encore pour enlever avec soin tous les signes extérieurs de piété, comme les livres de dévo-

tion, images, croix, reliques, puisque l'expérience la plus répétée démontre qu'il en résulte souvent des rechutes, et toujours un obstacle très grave au succès du traitement.

Dans le délire religieux, dit M. Esquirol, l'assistance des ministres de la religion a rarement été suivie de succès, surtout d'un succès durable.

En général, écrit M. Ferrus, les pratiques religieuses, et surtout celles auxquelles on se livre en commun, doivent être interdites dans les maisons destinées aux aliénés. Il faut aussi s'abstenir de placer des croix ou des images dans les salles qu'ils occupent. Ces pratiques et ces signes ont l'inconvénient grave de blesser les malades qui ne suivent pas la religion professée, d'augmenter le délire des maniaques religieux, et de porter à toutes sortes de désordres les maniaques indévots. Il est cependant bien, et cela même à titre de récompense, de conduire quelques malades aux exercices du culte dans une chapelle séparée..... L'exercice du culte est une occasion de dominer la versatilité de leur esprit, et de leur inspirer de la réserve. Alors aussi des exhortations faites avec douceur et habileté, sur la tolérance et la charité chrétiennes, peuvent produire de bons effets. Dans les asiles d'aliénés fondés par les quakers en Pensylvanie, les malades sont conduits deux fois par semaine à la chapelle de la maison. Cette mesure me paraît trop souvent répétée; mise en usage avec prudence, elle présenterait des avantages: beaucoup de discernement et beaucoup de tolérance seraient des qualités indispensables pour le ministre attaché à une maison d'aliénés.

Tout en indiquant le mal qui provient d'une influence religieuse employée mal à propos, le docteur Ellis reconnaît les heureux résultats produits sur les malades par une religion bien appliquée, non seulement pendant leur séjour à l'hospice, mais encore après leur sortie. Il résulte qu'il faut empêcher certains malades de se livrer aux pratiques religieuses, et, pour cela, éviter de les rendre communes dans les salles; qu'il faut y sou-

mettre les autres avec prudence et discernement; enfin, que l'église doit se trouver en dehors des préaux, pour ne point augmenter les délires religieux, et afin de devenir un lieu de réunion pour les malades sur l'esprit desquels la religion exerce une salutaire influence.

Pour produire sur les aliénés jugés capables d'assister aux cérémonies du culte une impression forte et durable, pour inspirer aux convalescents un sentiment religieux, je flatte leurs sens pour arriver à leur intelligence, je prépare la sensibilité à recevoir les préceptes de la raison et d'une religion consolante. Une fois par semaine, le professeur de musique apprend un chant sacré aux malades dont l'état le permet. Aux époques solennelles de chaque année, les voix de ces infortunés, formées pour la louange du Seigneur, se marient au son expressif d'un orgue, et s'élèvent en chœur dans son temple. Ce langage grave et mélodieux, partant d'une tribune, parle vaguement à leur âme, les impressionne profondément. En voyant leur attitude calme, recueillie, leur physionomie heureuse, étonnée, leurs yeux humides et fixes, leurs oreilles attentives; en observant leur silence et l'émotion qu'ils éprouvent en ressaisissant le fil de leur existence, une larme se détache involontairement de la paupière, le cœur sympathise à leur bonheur. Des surveillants en grande tenue, aidés par des aliénés, servent le ministre de la religion à l'autel, et contribuent à donner au culte toute la pompe possible. N'est-ce point par la pompe et les prestiges du culte, joints à tous les moyens que l'hygiène peut suggérer, que les prêtres de l'ancienne Égypte parvenaient à prendre sur leurs malades cet ascendant puissant, à conquérir cette confiance indispensable pour la guérison de la folie, et obtenaient des cures prétendues miraculeuses? Une fois également par semaine, le chapelain, qui présente les gens de service, les évangélise, ainsi que les malades qui peuvent être admis à l'entendre; il les exhorte d'une manière simple et touchante à la charité et à la soumission; et lorsque la mort va saisir sa victime, lorsque

l'art impuissant gémit, il accourt au chevet du malade, et lui prodigue les secours de son noble et saint ministère.

Maintenant, quels doivent être les rapports du chapelain avec le médecin-directeur ?

Au chapelain appartient l'exercice des fonctions sacerdotales. Placé en dehors de l'établissement, à côté de l'église, son contact avec les gens de service et les aliénés est moins fréquent et son autorité plus grande.

Les cérémonies du culte impressionnent d'autant plus les malades qu'elles sont mieux ménagées, et le prêtre inspire d'autant plus de respect que, ministre de l'Évangile, il en prêche les dogmes et la morale, sans fournir de prise, comme homme, à la malignité, toujours prête à épier ses faiblesses ou les défauts de son caractère.

Pour ce qui touche au temporel, il rentre sous la juridiction du médecin-directeur, qui l'autorise à pénétrer dans les quartiers lorsqu'il le juge convenable, et auprès duquel, comme philosophe chrétien, il prend les renseignements nécessaires pour connaître l'état de chaque malade, renseignements que l'humanité commande et que la religion approuve.

Tels sont les éléments nécessaires à l'organisation et à l'administration des asiles d'aliénés ; tel est l'ensemble des moyens qui doivent, par leur concours synergique, consentir, conspirer, concourir au même résultat, la guérison ou le soulagement de ces infortunés ; car c'est surtout dans un asile de ce genre que ce précepte d'Hippocrate doit recevoir son application : *Unus consensus, consentientia omnia*.

H. GIRARD.

---

# Médecine légale.

---

## TENTATIVES D'ASSASSINAT ET DE SUICIDE

FAITES

PAR UN MONOMANE TRISTE, HALLUCINÉ.

EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

---

Il est des formes de l'aliénation mentale qui, liées aux croyances, aux mœurs, aux institutions d'une époque, naissent, vivent et meurent avec elle ; il en est d'autres qui, n'étant que l'expression exagérée des passions, existent dans tous les temps, modifiées seulement par les caractères de la nation et du siècle : telle est la peur dont l'influence est telle qu'on pourrait presque la considérer comme la souveraine du monde. Quels tristes épisodes dans l'histoire des peuples offre le tableau des maladies morales qu'elle a enfantées !

Nommer la sorcellerie, la démonomanie, le vampirisme, la lycanthropie, etc...., n'est-ce pas citer les pages les plus sanglantes des annales humaines ?

De nos jours les effets morbides de la peur ne se manifestent plus sous un aspect aussi effrayant. La crainte de la police et des ennemis a remplacé en grande partie celle du diable et des esprits, quoique depuis quelques années la démonomanie ait reparu sur l'horizon. Rien de plus ordinaire que d'être consulté par des aliénés qui sont en butte à des persécutions..., qu'on veut empoisonner. Presque toujours cette variété de la monomanie existe avec des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Les malades que cette idée tourmente s'imaginent qu'on parle

mal d'eux, qu'on les regarde de travers. Pour échapper à ces vexations, les uns recherchent l'isolement, chaugent sans cesse de demeure, font tous leurs efforts pour dérober leurs traces; les autres, doués d'une organisation plus hardie, regardent en face leurs prétendus ennemis, les provoquent en duel; et nul doute que des infortunés ne soient tombés sous le fer de ces aliénés. Avec les progrès de l'affection morale, tous les moyens employés par ces malades pour échapper aux embûches de leurs ennemis sont sans effet. Ceux-ci s'introduisent dans leur domicile, les harcellent à chaque instant, leur adressent des paroles ironiques, injurieuses, menaçantes, se montrent à eux dans le silence des nuits, lorsqu'ils sortent dehors; souvent l'illusion complique l'hallucination, et ces aliénés voient des ennemis dans toutes les personnes qu'ils rencontrent.

Lorsque le désordre est arrivé à ce point, l'exaspération du malade est quelquefois telle qu'il prend la résolution d'échapper à cet affreux supplice par le suicide. Cette terminaison a surtout lieu lorsqu'il croit que ses ennemis veulent se défaire de lui par le poison. Très souvent alors il refuse de prendre des aliments, et meurt de faim. Ceux qui se croient poursuivis par la police pour un crime, et qui ont la conviction qu'on va les conduire à l'échafaud, exigent une surveillance toute spéciale, car, si on les perd un instant de vue, ils ne tardent pas à se pendre, à se noyer, ainsi que j'en ai constaté plusieurs exemples. D'autres fois, les aliénés, furieux de ces persécutions, forment le projet de se venger; ils frappent, blessent ou tuent les premiers individus qu'ils rencontrent, et qui, selon leur expression, paient pour les autres. Dans quelques circonstances, ils prennent en haine la personne avec laquelle ils ont le plus de rapports ou qu'ils voient le plus souvent, et leur action dans ce cas peut en imposer aux esprits superficiels, qui la considèrent comme une vengeance.

Les aliénés de cette catégorie sont en général très dangereux, et les exemples ne nous manqueraient pas pour justifier cette opinion.

Il y a quelques années, un officier d'artillerie, qui a dû sa guérison aux soins de ma femme (1), lui disait un jour dans une promenade : Vous n'avez donc pas peur de moi ? Nous sommes seuls ici, je pouvais vous tuer, et vous avez osé venir ?... — Il ajouta, il est vrai : Vous avez eu raison, car je ne l'aurais jamais fait. Mais qui l'aurait arrêté, s'il avait été maîtrisé par une hallucination ou par une illusion ?

Le commissaire de police d'un des quartiers de Paris a fait conduire chez moi, ces jours derniers, un employé d'une administration qui changeait à chaque instant de logement à cause des poursuites de ses ennemis. Cet homme, qui est malade depuis près de deux ans, cause très raisonnablement lorsqu'il n'est pas question de son idée fixe, et même, lorsqu'on le met sur ce sujet, il explique avec beaucoup de vraisemblance les motifs qui font agir ses persécuteurs ; n'étaient ses hallucinations, on croirait, en effet, à la réalité de ses griefs. La séquestration de cet employé a souffert beaucoup de difficultés. Supérieurs, officiers de police, médecins même, disaient qu'on ne pouvait le conduire en maison de santé, à moins qu'il n'eût fait quelque acte répréhensible. Eh bien ! ce malade, trois jours après son entrée, a avoué qu'il avait aiguisé pendant huit jours un couteau pour tuer un de ses ennemis.

Nous avons encore maintenant à examiner un artisan détenu à Bicêtre, qui pendant plus d'un an a erré dans les rues de Paris, se croyant poursuivi par des individus qui l'appelaient voleur, lui adressaient des injures, ne cessaient de lui faire des grimaces. Exaspéré par leurs machinations, il aiguisa un bout de fleuret qu'il portait toujours sur lui. Un jour où son imagination était plus exaltée que de coutume, il rencontra sur son escalier un négociant qu'il connaissait à peine de vue, contre lequel il n'a-

---

(1) Tous les médecins d'aliénés connaissent l'influence spéciale que les directrices intelligentes exercent sur certains malades qui leur doivent réellement leur retour à la raison.

vait pas le plus léger motif de mécontentement ; et, sans provocation aucune, il le frappa au ventre de son instrument et le blessa mortellement en s'écriant : Tu paieras pour les autres !

Ces faits, qui sont nombreux dans la science, montrent le danger qu'il y a à laisser de pareils fous en liberté. C'est ce que prouvera également l'observation que nous allons rapporter, et dont nous extrayons les premiers détails d'un journal judiciaire.

*Gazette des tribunaux du 20 mai 1843.*

*Tentative de meurtre et de suicide.* — On s'entretient depuis hier d'une tentative d'assassinat commise par un employé de l'un des ministères contre son supérieur ; voici les détails que nous avons recueillis sur cet événement, et dont nous pouvons garantir l'exactitude :

M. B... de R..., employé à l'administration des contributions indirectes au ministère des finances, croyait, à tort ou à raison, avoir à se plaindre depuis quelque temps des procédés de M. D..., chef du personnel. Déjà plusieurs explications assez vives avaient eu lieu entre eux, lorsqu'avant-hier, à la suite d'une discussion animée dans laquelle B... de R... reprochait à son chef d'avoir nui à son avancement, il s'arma tout-à-coup d'un pistolet qu'il avait jusqu'alors tenu caché dans une des poches de son paletot, et le déchargea à bout portant sur M. D...

Le coup, par bonheur, glissa de côté, et la balle traversa seulement les vêtements du chef de bureau. Quant à M. B... de R..., croyant sans doute avoir fait une blessure mortelle à celui qu'il considérait comme son ennemi, il saisit de chaque main des pistolets dits coups de poing qu'il portait sous son vêtement, suspendus à une corde passée autour du cou en sautoir, comme eût été une chaîne de montre, et se déchargea les deux armes à la fois sur l'abdomen.

Arrêté aussitôt et secouru sur la place par un médecin, B... de R..., dont la double blessure ne présente aucune gra-



vité, a été conduit immédiatement au dépôt de la préfecture de police. Mais à peine y était-il arrivé, que tous les symptômes d'une affection mentale se sont manifestés chez lui.

Des ordres ont été donnés pour que le prévenu fût transféré provisoirement à Sainte-Pélagie, pour y recevoir des soins, sans que cependant cette mesure puisse entraver le cours de l'instruction criminelle à laquelle il va être procédé.

L'instruction, dirigée avec le plus grand soin par MM. le procureur du roi à P.... et Salmon, juge d'instruction à Paris, fit penser à ces magistrats éclairés qu'ils avaient sous les yeux une de ces monomanies compliquées d'hallucinations dont on observe si fréquemment des exemples. En conséquence, M. Salmon rendit une ordonnance par laquelle il désigna deux médecins, pris parmi ceux qui s'occupent exclusivement des maladies mentales, à l'effet de constater l'état des facultés intellectuelles du prévenu. Nous reproduirons ici textuellement le travail auquel ces recherches ont donné lieu.

RAPPORT SUR L'ÉTAT MENTAL DE M. B... DE R..., PRÉVENU  
DE TENTATIVE D'ASSASSINAT.

Nous, soussignés, Foville, médecin en chef de la maison royale de Charenton, A. Brierre de Boismont, directeur d'un établissement particulier d'aliénés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, commis par ordonnance de M. Salmon, juge d'instruction près le tribunal de première instance du département de la Seine, en date du 12 juillet dernier, pour constater l'état mental de M. B... de R..., employé au ministère des finances, inculpé de tentative d'assassinat, actuellement détenu dans la maison d'arrêt de Sainte-Pélagie, après avoir prêté serment entre les mains de ce magistrat, nous sommes mis en mesure de préparer et de rédiger le rapport qui nous était demandé.

Les éléments de notre travail devaient être puisés dans la lecture des pièces de l'enquête, dans l'examen de M. B... et dans

les renseignements qui pouvaient nous être donnés par les personnes qui avaient eu des relations avec lui ; c'est le résultat de ces recherches que nous allons faire connaître.

Les pièces de l'enquête se composent de l'interrogatoire de P..., de celui de Paris, de quelques lettres de l'inculpé, d'un mémoire écrit par lui ayant pour titre : *Roueries, manœuvres infâmes de MM. D... et B..., chefs supérieurs à l'administration des finances à Paris*, sorte d'autobiographie dans laquelle il raconte ses prétendues persécutions.

*Enquêtes de P... et de Paris.* Les dépositions du directeur de P..., celles des employés de l'administration, des différents maîtres d'hôtels chez lesquels il a successivement logé, établissent que B..., pendant son séjour dans cette ville, a toujours été, comme les hypochondriaques, poursuivi par l'idée qu'il avait un organe malade dont il plaçait parfois le siège dans la vessie, mais principalement dans les intestins. On l'entend sans cesse se plaindre de sa mauvaise santé. Cette pensée, qui ne le quitte pas et dont l'origine remonte à plusieurs années, a eu pour conséquence de réagir sur son cerveau, comme il n'arrive que trop souvent, et de déterminer une série de conceptions délirantes, qui, nées sous l'influence de la souffrance, ont dû mutuellement se formuler par des idées d'ennemis et d'empoisonneurs.

Sa conduite n'est que le reflet de ses craintes chimériques : ainsi il change à l'improviste d'hôtel, prend souvent ses repas dehors sans qu'on puisse savoir en quel lieu, fait parfois sa cuisine pendant la nuit, ne touche aux mets qu'après les autres. Sa défiance est telle qu'il ferme ses portes à plusieurs serrures, laisse longtemps attendre ceux qui viennent le voir. Pour dérouter l'attention, il parle de projets de voyages qu'il n'a point l'intention de faire. Habituellement sombre, taciturne, il refuse d'aller dans le monde ; froid avec ses camarades, peu communicatif, impoli même, il déclare à son directeur, qui lui faisait des représentations bienveillantes, qu'il existe une société d'empoisonneurs dirigée par un certain *Méropé* (personnage imaginaire)

*dont les agents le poursuivent et ont en partie réussi, puisqu'il ressent des douleurs mortelles d'entrailles.*

M. B... quitte à diverses reprises le lieu de sa résidence pour se rendre à Paris ; chaque fois il demande à M. D... de le faire venir dans la capitale, parce que là, du moins, il échappera aux machinations de ses ennemis. Pendant un séjour de près d'un an à P..., ce sont toujours les mêmes idées, les mêmes inquiétudes.

A peine est-il arrivé à Paris, d'après ses demandes réitérées et après avoir consenti par lettres à perdre un grade, qu'il ne peut rester dans le bureau où il est placé ; il obtient son changement, puis sollicite presque aussitôt son avancement et une augmentation dans ses appointements. Le récit qu'il fait lui-même de ses tergiversations et de ses irrésolutions est la preuve la plus convaincante de la bienveillance de l'administration à son égard, et particulièrement de celle de M. D... Tout démontre qu'alors ses chefs le considéraient comme un malade dont il fallait calmer l'exaltation par la douceur et les bons procédés.

Au lieu de se placer dans le voisinage de son administration, il va se reléguer dans un des nombreux villages qui avoisinent la capitale. Là, il prend un logement chez une dame, sans se faire connaître au portier ; de sorte que, dans l'enquête faite par le commissaire de police de Feydau, son nom est complètement ignoré dans la maison, et l'officier public a beaucoup de peine à le trouver. Comme à P..., il est ombrageux, inquiet, d'une extrême susceptibilité, dort peu, marche la nuit.

Aux employés de son administration, il raconte des particularités qui ne sont que des hallucinations de la vue, de l'ouïe ; dans ses lettres, dans son mémoire, il fait allusion aux mêmes faits : ainsi, un jour, étant à la chasse, *il a vu, dit-il, un homme caché derrière une haie qui faisait feu sur lui, du moins le couchait en joue ; en s'approchant, il a disparu.* — Depuis qu'il est à Paris, *il a acquis la certitude qu'un homme qu'il n'a pu distinguer est venu la nuit pour scier ses barreaux ; et sa*

conviction est telle sur ce point, qu'il a voulu emprunter deux pistolets à un employé de son administration. En allant un jour à Saint-Germain par le chemin de fer, il a aperçu, *dans la diligence où il se trouvait, plusieurs personnes qui le regardaient d'un air menaçant; il les a quittées, a pris un wagon, et le lendemain il a acheté deux pistolets.* Dans ces derniers temps, *un individu a cherché à lui porter un coup de poignard.*

Dans son interrogatoire, les mêmes séries d'idées se reproduisent; il ne voit que malveillants, qu'ennemis qui lui dressent des embûches, répandent des calomnies, cherchent à lui nuire; on veut toujours l'empoisonner; chacun le montre au doigt; on le traite de fou à cause de ses craintes et de son genre de vie. S'il a éprouvé tant de désagréments à P..., c'est que M. D..., auquel il avait confié ses douleurs sous le sceau du secret, les a révélées, et c'est depuis ce temps que tous ses maux se sont aggravés.

La persécution dont il est l'objet n'est pas, du reste, nouvelle; car, il y a six ans, se trouvant à Fontainebleau, *il vit deux Anglais lisant une lettre mystérieuse dans laquelle il n'était question ni de lui, ni d'aucune personne de sa connaissance, mais les termes dans lesquels elle était conçue et les discours que ces étrangers tenaient lui firent penser qu'il y avait des personnes apostées pour le détruire.* On verra que cette idée avait une date encore plus ancienne et qu'il s'en prenait même à son propre père.

Dans ses allégations, on retrouve le vague si commun à ces sortes de malades. Ainsi, il répond à diverses reprises qu'il ne connaît pas ses ennemis; il ne les désigne que d'une manière mystérieuse; et, lorsqu'ils semblent enfin se personnifier en M. D..., il ne s'explique pas le motif de haine de cet employé supérieur; il ne peut en deviner la cause. M. B... ajoute que ce sentiment se peignait plutôt dans ses regards que dans ses paroles. Trois mois avant son attentat, il écrivait à sa tante des lettres dans lesquelles il l'entretenait de ses ennemis, de la conspira-

tion ourdie contre lui, d'une association mystérieuse qui voulait le poignarder. C'est à cette époque qu'il aperçut un soir à P... un individu en blouse qui l'attendait dans une rue écartée; en s'avancant hardiment vers lui, il reconnut celui qui l'avait couché autrefois en joue à la chasse. Ces lettres ne sont remplies que de ses idées noires habituelles; il y parle de la manière dont il a évité, sept ou huit ans auparavant, les tentatives d'empoisonnement de son père et de ses gens.

Il raconte que, dans un voyage qu'il fit aux eaux pour aller s'expliquer avec ses persécuteurs, ce fut vainement qu'il tenta de les amener à de meilleurs sentiments; cette démarche n'eut pour résultat que de rendre leurs poursuites plus actives.

La conduite de M. B... à l'égard de M. D... ne peut s'expliquer que par la bizarrerie de ses idées. Ainsi, d'après sa déclaration, et il l'a toujours répétée depuis, il était allé trouver M. D..., pour lui demander de l'avancement et s'expliquer sur les dénonciations dont il était l'objet, sur les poursuites de ses ennemis; mais, en n'apercevant plus dans ses appartements les deux petits vases dont il lui avait fait cadeau, il resta persuadé de sa mauvaise volonté à son égard. Sa tête se monta, et il se porta aux extrémités dont il a regret.

Le mémoire qu'il a intitulé : *Roueries et manœuvres infâmes de MM. D... et B...*, n'est que la reproduction longue et fastidieuse des faits qui viennent d'être rapportés. Il les commente et les explique à sa manière. Leur invraisemblance ne le choque pas; elle lui paraît même naturelle. Au milieu des conceptions délirantes qu'on y remarque à chaque page, on voit surtout dominer la pensée de dérober à la connaissance de tous, ses craintes d'être empoisonné, de passer pour fou. On dirait une sorte d'intuition qui lui fait entrevoir son infirmité morale : aussi le motif de son animosité contre M. D... est-il la supposition gratuite qu'il prend pour une réalité; que ce chef a divulgué ce qu'il lui avait confié sous le sceau du secret.

Le trouble de ses idées se révèle par la nature de ses obser-

vations et de ses réflexions : tantôt c'est un chef qui danse devant une glace les poings sur les hanches ; tantôt c'est un garçon de bureau qui lui adresse des paroles énigmatiques, lui promet sa protection et qu'il soupçonne vouloir lui demander de l'argent. On y retrouve, plus ou moins détaillées, les diverses hallucinations dont il a déjà été question. Dans ce mémoire, il paraît tourmenté de la pensée qu'on se moque de lui, parce qu'il a la pensée que ce qu'il dit paraît invraisemblable et qu'on n'y croit pas.

La lecture de ce factum est la meilleure réfutation de ses prétendus griefs contre ses chefs. Ainsi, tandis qu'il se montre toujours mécontent, inquiet, changeant, l'administration ne cesse de lui tenir un langage bienveillant et de lui accorder la plupart de ses demandes. Il est curieux de voir comment il explique cette condescendance : c'est, dit-il, pour avoir des prétextes de répandre plus facilement mille bruits calomnieux sur moi et de les accréditer. Je serai mis à l'index par tous mes camarades. Il est très préoccupé de la réputation de fou et de monomane qu'on lui a faite à Paris.

Un jour cependant il semble avoir la conscience de son état. Il dit : Des personnes se sont empressées de me montrer que je me faisais de terribles illusions. Mais M. D..., auquel il faisait cette communication, nous a assuré qu'il y avait dans sa figure quelque chose de faux.

En terminant son mémoire, il s'écrie : *Je suis perdu !* Il y a sans doute dans cet écrit quelques pages raisonnables ; mais les faits ont si peu de consistance, les motifs sont si faibles, les invraisemblances si évidentes, qu'il est impossible de ne pas le considérer comme l'œuvre d'un cerveau dérangé.

*Examen de M. B...* Cette première partie de notre travail terminée, nous nous sommes transportés à Sainte-Pélagie, pour procéder à l'examen de M. B... Conduits dans l'infirmerie où il était placé depuis son entrée, dès nos premières questions, il a témoigné de l'humeur, de la méfiance, disant qu'il avait déjà vu

la veille un médecin, qu'il ne savait pas ce que cela signifiait; puis ses yeux sont devenus fixes et hagards.

Après l'avoir engagé à se calmer, en lui faisant connaître le but de notre mission, il est entré dans des détails dont nous allons reproduire les principaux.

Mon enfance a toujours été souffreteuse. J'ai des frères qui se portent bien. Mon père jouit d'une excellente santé. Il y a sept ou huit ans, j'ai commencé à éprouver des douleurs d'entrailles. C'est à la même époque que je me suis aperçu à N... (dans la maison de son père) qu'on voulait m'empoisonner et qu'on avait fait des tentatives dans ce but.

Cette partie de ses réponses avait besoin de quelques explications plus précises; car ses lettres à sa tante, son mémoire accusaient son père de ce prétendu crime: aussi lui demandâmes-nous s'il persistait à croire que son père eût eu un pareil projet. A cette interpellation, il répondit qu'il n'avait jamais dit cela: mais, quelques moments après, il avoua qu'il faisait partie de la mystérieuse association qui ne cesse de le poursuivre et de lui dresser des embûches.

D. A quelles personnes attribuez-vous toutes ces machinations?

R. A des ennemis.

D. Les connaissez-vous?

R. Non; mais j'ai découvert plus tard qu'ils faisaient partie de l'association. Ce sont, continua-t-il, ces tentatives répétées d'empoisonnement qui m'ont fait quitter successivement les différentes maisons où je logeais à P.... Pour échapper aux dangers qui me menaçaient, je prenais du lait; pas autant qu'on l'a dit. Souvent je le jetais, et je me nourrissais de pommes, de poires, de fruits que j'achetais moi-même. Dans les derniers temps, je faisais apporter par un restaurateur un potage et un plat; mais le plus souvent je les jetais sans y toucher.

D. Ne fûtes-vous pas poursuivi un soir à P... par un homme en blouse qui vous regarda d'une manière menaçante?

R. Qui a pu vous révéler une pareille chose ? Je n'en ai parlé à personne.

D. Tranquillisez-vous ; nous l'avons vu dans l'enquête. N'est-ce pas le même homme qui avait cherché à faire feu sur vous ?

R. D'où savez-vous cela ? Je n'en ai parlé à personne. Il n'a pu ou n'a point voulu nous faire d'autre réponse.

A P... , ajoute M. B... , j'ai retrouvé tous mes ennemis. On ne cessait de m'abreuver de calomnies, de me tourner en ridicule, de répandre les bruits les plus désavantageux sur ma moralité, de m'accuser d'avoir contracté une maladie honteuse : mais je ne crains rien ; je me suis toujours bien conduit, et j'ai convenablement rempli mes diverses places.

D. Lorsque vous vîntes en dernier lieu à Paris, votre position devint-elle meilleure ?

R. Non, car je ne cessais d'être poursuivi par mes ennemis, desservi auprès de mes chefs. Plusieurs, en apparence, me traitaient bien ; mais souvent ils me parlaient durement, me disaient des choses ironiques ou m'examinaient d'une manière singulière. *Quand je sortais dans les rues, je voyais autour de moi des figures sinistres qui me regardaient de travers et annonçaient de mauvais desseins. Un soir, une personne que je ne veux pas nommer, s'approcha de moi et voulut me donner un coup de poignard. Elle faisait partie de cette association qui, je le sais maintenant, réunit tous mes ennemis. Il a également parlé de l'homme qui avait essayé de scier ses barreaux.*

D. Combien y a-t-il de temps que vous portez les pistolets qui ont été trouvés sur vous ?

R. Il y a sept ou huit ans que j'ai ceux qui m'ont servi à faire feu sur M. D... ; ils étaient toujours chargés. Quant aux deux autres, je les ai achetés, il y a environ six semaines, après la rencontre de Saint-Germain.

D. N'avez-vous pas eu quelquefois la pensée, puisque vous étiez toujours armé, de faire feu sur ces individus ?



R. J'attendais qu'ils s'avancassent de plus près, qu'ils me touchassent ; j'aurais aussitôt tiré.

D. Dans quelle intention êtes-vous allé chez M. D... ?

R. Je l'ai déjà dit ; je voulais lui demander une explication sur tout ce qui se passait et me faire rendre le raug que j'avais perdu : mais, en entrant chez lui, je fus surpris de ne pas trouver les vases que je lui avais offerts. Leur éloignement me confirma dans l'idée que j'avais de son mauvais vouloir ; et, quand il se présenta devant moi, j'étais dans une exaltation extrême ; j'avais un bandeau sur les yeux. Vous savez le reste. Je n'avais aucune intention de tuer M. D... ; d'ailleurs je n'aurais pu y parvenir avec ces pistolets : car je les avais essayés, il y a trois ou quatre ans ; à peine la charge effleurait-elle l'écorce des arbres contre lesquels je tirais. *Ils étaient chargés depuis sept ou huit ans.*

Nous dûmes l'interroger sur les autres faits mentionnés dans les interrogatoires. Ses reprises furent celles qui ont été consignées dans ses diverses pièces ; nous n'y reviendrons pas pour éviter des répétitions inutiles.

Les employés de la prison nous rapportèrent que, lors de son entrée, il n'avait pas voulu manger et que depuis il avait encore à deux reprises refusé les aliments pendant plusieurs jours. L'inculpé convient de ce fait ; il dit : Cette abstinence a été une fois de quatre jours, une autre fois de cinq jours. Je ne buvais qu'un peu d'eau. J'avais pris la résolution de mourir de faim, en voyant les méchancetés de mes ennemis.

Lors de la visite de M. le docteur Brun, médecin de la prison, qui a eu lieu en notre présence, il s'est levé pour le prier de le changer de lieu et de l'envoyer à la pistole, demande qu'il avait déjà faite par lettres ; mais, sur la réponse qu'il fallait désigner un camarade de chambre, il a répondu qu'il voulait être seul.

M. Brun nous a dit que M. B... les tourmentait beaucoup, qu'il se plaignait à tout le monde, qu'il l'avait accusé lui-même

d'avoir cherché à l'empoisonner. Pour obtenir de lui qu'il mangeât et qu'il n'essayât point de nouveau à se laisser mourir de faim, on a été obligé de lui accorder la permission de faire venir ses aliments de dehors ; il va les chercher à la grille.

A Sainte-Pélagie, M. B... ne parle à personne, reste isolé. Son regard est sombre, ses yeux sont hagards. Il répond par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse ; par moments, il cause plus librement ; c'est lorsqu'il s'agit de ses ennemis, des empoisonnements, de l'association mystérieuse.

M. le docteur Brun ne doute pas que l'inculpé ne soit aliéné. Dans la prison, il écrit beaucoup. Nous avons entre les mains un projet de réforme de l'administration des contributions indirectes, qui n'offre aucun vestige de ces incohérences particulières aux aliénés. Certes, si l'on se borne à l'examen de cette pièce, à celui de la conduite administrative de M. B... et de sa conversation ordinaire, on pourrait, à l'imitation de quelques personnes qui ont prétendu que la dénomination de *monomanie* couvrait beaucoup d'actions répréhensibles, dire que ses actes sont ceux d'un homme méchant qui agit avec préméditation. Mais dès qu'on a lu les pièces de l'enquête, écouté les réponses, constaté les symptômes extérieurs, il ne peut rester de doute qu'il ne soit sous l'influence d'idées fixes qui pervertissent ses facultés affectives, faussent son jugement, et l'entraînent à des actes qu'il n'est pas en son pouvoir de prévenir ou d'empêcher.

Nous ne dirons qu'un mot de son aversion contre M. D... Elle n'a été amenée par aucun de ces motifs qui engendrent les grandes passions. Son origine est toute récente. Longtemps elle a eu pour objet des inconnus, son propre père, les personnes avec lesquelles il vivait. Si, dans ces derniers temps, elle s'est tournée contre cet employé supérieur, c'est que ses idées le mettaient plus souvent en rapport avec lui à cause des demandes qu'il ne cessait de faire, et que M. D... se trouvait dans la nécessité d'éluder et même de refuser ; toute autre personne, dans les mêmes conditions, serait infailliblement devenue son en-

nemi. Il y a longtemps, au reste, que l'on a fait la remarque que les aliénés mélancoliques éprouvaient fréquemment une perversion de sentiments à l'égard de leurs proches, de leurs amis, de ceux dont ils avaient le plus à se louer.

*Renseignements fournis par MM. les employés de l'administration des finances.* Pour ne rien omettre dans le rapport qui nous était demandé, nous avons interrogé les employés qui l'avaient le mieux connu. M. D..., chef du personnel à cette administration, nous a dit : « Il y a plusieurs années que je connais B... Il m'a toujours paru un original peu communicatif, sombre. Il ne regardait point en face; il fuyait la société, se montrait souvent roide dans ses rapports : aussi ai-je pensé qu'il ne pourrait jamais remplir de place où il faudrait commander. C'était, au reste, un excellent employé, s'acquittant bien de son devoir. Entre autres faits qui témoignent combien il était défiant, singulier, je me rappelle, il y a environ quatre mois, qu'il m'écrivit trois lettres, coup sur coup, portant chacune un timbre de ville différent. — Lorsqu'à force d'importunités il eut obtenu son changement à Paris, il voulut presque aussitôt quitter son bureau sans motif, sans s'embarrasser si ce procédé était offensant pour le chef sous lequel il se trouvait, et qui s'était montré juste, mais bienveillant envers lui, en apostillant un de ses rapports.

Les renseignements qui nous ont été donnés par les autres employés auxquels nous nous sommes adressés, étant entièrement semblables, nous nous dispenserons de les rapporter.

*Conclusion.* Des faits qui viennent d'être exposés, il nous paraît résulter :

1° Que, depuis sept ou huit ans, M. B... est atteint d'une affection hypochondriaque, qui a bientôt dégénéré en monomanie.

2° Cette monomanie, qui a ses caractères bien tranchés, consiste dans l'idée principale qu'il est entouré d'ennemis faisant partie d'une association mystérieuse, qui, de loin comme de près, cherchent à le faire périr par le poignard, mais surtout par le

poison. A cette première idée viennent s'en rattacher d'autres également fausses. Ainsi il croit qu'on attaque sa moralité, qu'on l'accuse d'avoir une maladie honteuse, qu'on se moque de lui, qu'on le dessert auprès de ses chefs, que ceux-ci veulent l'empêcher d'obtenir de l'avancement, etc....

3° Cette monomanie, déjà suffisante pour expliquer la conduite de M. B..., est en outre compliquée d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, symptômes qui donnent encore plus de gravité à son affection mentale. Les annales des tribunaux, celles de la médecine, montrent, en effet, que la plupart des crimes commis par les aliénés l'ont été par ceux qui ont une folie triste avec hallucinations. Ces malades sont d'autant plus dangereux qu'ils cherchent des querelles, provoquent en duel, veulent se suicider, se vengent de leurs prétendus ennemis en leur portant des coups à l'improviste, et souvent même en les assassinant.

4° L'aliénation de M. B..., mise hors de doute par les considérations précédentes, est encore prouvée par la futilité des motifs qu'il invoque pour expliquer son action, et par sa conduite actuelle à Sainte-Pélagie : ainsi, au lieu de chercher à attribuer à des raisons plus ou moins plausibles le fait qui lui est reproché, ou à l'avouer franchement, il n'est préoccupé que d'une idée, celle du poison. Ses tentatives de suicide, répétées à deux reprises, loin d'avoir été déterminées par le regret de son action ou par les suites graves qu'elle a eues, ne sont que les conséquences de son idée dominante qui l'empêche de prendre ses repas comme tout le monde, et l'oblige à recourir à des précautions particulières.

5° Il est certain que cet état, qui existe depuis plusieurs années, a été en s'aggravant depuis près d'un an, ainsi que le prouvent l'enquête de P..., les lettres et les réponses de l'accusé.

6° Quoique M. B... présente le phénomène psychologique remarquable d'un individu remplissant très bien jusqu'au dernier moment les fonctions publiques dont il est investi, on ne peut méconnaître que le dérangement de son esprit n'ait fait des pro-

grès depuis son arrivée à Paris, puisque c'est un mois avant son attentat qu'il achète la deuxième paire de pistolets, voit l'homme qui veut le poignarder, entend celui qui scie les barreaux de sa chambre, qu'il est menacé par les voyageurs du wagon de Saint-Germain, qu'enfin il ne peut faire un pas sans être poursuivi par ses ennemis et entouré de figures malveillantes.

7° Cette disposition d'esprit existe encore aujourd'hui, ce que démontrent ses explications, ses réponses et sa conduite.

En conséquence, nous sommes d'avis que, lors du délit qui lui est imputé, M. B... n'avait point son libre arbitre; que maintenant même encore il parle et agit sous l'influence de sa monomanie et de ses hallucinations, et que son séjour dans un établissement consacré au traitement des maladies mentales est une mesure réclamée dans son intérêt, dans celui de la société, et sur laquelle nous appelons toute la sollicitude de MM. les magistrats.

Fait et délibéré à Paris le 24 juillet mil huit cent quarante-trois.

*Signé :* FOVILLE, BRIERRE DE BOISMONT.

*Journal des Débats du 5 août 1843.*

La chambre du conseil du tribunal de première instance de la Seine vient, après une instruction fort longue, de rendre une ordonnance de non-lieu en faveur de l'employé des contributions indirectes qui avait tiré, il y a quelques semaines, deux coups de pistolet sur M. D..., chef du personnel. L'instruction a établi que ce malheureux jeune homme était en proie depuis plusieurs années à une monomanie et à des hallucinations, et qu'il avait commis l'acte qui lui était imputé dans un accès d'aliénation mentale. Il a été mis immédiatement à la disposition de M. le préfet de police.

---

## REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

---

### JOURNAUX FRANÇAIS.

---

#### I. Archives générales de médecine.

Numéros de Mai, Juin et Juillet 1843.

1° *Recherches sur l'épilepsie*, par M. Leuret, médecin en chef de l'hospice de Bicêtre; 2° *De la contracture dans l'hémorrhagie cérébrale*, par le docteur Max. Durand-Fardel.

RECHERCHES SUR L'ÉPILEPSIE, PAR M. LEURET, MÉDECIN EN CHEF DE  
L'HOSPICE DE BICÊTRE.

Ce premier article contient l'exposé des résultats relatifs aux causes et à la marche de l'épilepsie, qu'a fournis à M. Leuret l'examen de 106 épileptiques observés à Bicêtre.

*Causes prédisposantes. Influence de l'âge.* Il résulte d'un tableau représentant l'âge auquel la maladie a débuté, pour 106 malades, que c'est de dix à quatorze ans que se trouve la proportion la plus forte; elle est alors de près d'un quart, 24 sur 106. Les années suivantes jusqu'à vingt-quatre ans sont un peu moins chargées, et passé cette dernière époque de la vie, le nombre des invasions est extrêmement restreint. Ainsi c'est l'adolescence qui a fourni le plus grand nombre de malades. « L'adolescence est donc une cause prédisposante de l'épilepsie. » Après l'adolescence et la jeunesse vient, sur ce tableau, la première enfance.

*Hérédité.* L'auteur s'élève contre l'opinion générale qui croit l'hérédité une cause fréquente de l'épilepsie. Sur 106 épileptiques, il n'en a trouvé que 7 ayant des parents affectés d'épilepsie, dont 4 leur mère, et 2 seulement leur père. « Est-ce là de l'hérédité? dit

M. Leuret. On le croira difficilement, surtout si l'on considère ce qui a lieu sous ce rapport dans l'aliénation mentale, où les cas d'hérédité ont été notés une fois sur trois, et même une fois sur deux malades, ainsi que cela résulte des travaux de M. Esquirol, tandis que nous ne trouvons pour l'épilepsie qu'une fois sur quinze. Ne serait-on pas autorisé, d'après ce que je viens de dire, à regarder la parenté des épileptiques comme une simple coïncidence, au lieu d'y voir une relation de cause à effet? C'est une question que je ne prétends pas résoudre par l'affirmative, mais qu'il me semble rationnel de poser, et qui est de nature à rassurer ceux qui comptent dans leurs familles des individus atteints d'épilepsie. » M. Leuret a en outre trouvé que parmi les parents de ses 106 épileptiques, 3 avaient été aliénés, 2 étaient morts d'apoplexie, 1 de paralysie, 1 de suicide, 1 de méningo-céphalite aiguë. « Ce nombre (8), très restreint, dit M. Leuret, n'indique pas, à mon avis, chez ces épileptiques, une prédisposition héréditaire aux affections cérébrales. » Il ne faut pas oublier cependant, dans l'appréciation de ces résultats, que ces documents peuvent être fort incomplets, et que beaucoup d'oublis peuvent se mêler aux renseignements fournis par les malades.

*Professions.* Rien de particulier, non plus que pour les *habitudes*, ni pour les *maladies antérieures à l'épilepsie*.

*Causes réelles ou présumées de l'épilepsie.* 67 malades seulement ont signalé quelque circonstance de nature à être considérée comme cause probable ou certaine de leur maladie; 35 ont indiqué la peur, 12 l'onanisme, 6 l'ivrognerie, 2 la colère, 2 des chutes, 2 la misère, etc.; les autres causes n'ont été signalées qu'une fois. Il faut, comme le remarque M. Leuret, en tenir peu de compte, et d'autant moins qu'elles n'ont pas été promptement suivies d'une première attaque d'épilepsie. De toutes ces circonstances, c'est à la *peur* que M. Leuret attache le plus d'importance. « Il est démontré pour moi, dit-il, et c'est d'ailleurs une croyance générale parmi les malades atteints d'épilepsie, que la peur est une cause très fréquente d'épilepsie. C'est, parmi les causes dont les auteurs font mention, celle dont l'influence est le mieux démontrée. » Il cite du reste plusieurs exemples qui ne permettent pas de douter de cette influence.

*Marche de la maladie.* Le retour des attaques d'épilepsie a une certaine tendance à se régulariser, et le nombre des attaques régulières est de beaucoup plus considérable que celui des attaques irrégulières. Chez ces 106 malades, M. Leuret en a trouvé ayant des attaques ordinairement :

			75
Tous les quinze jours . . .	30	Tous les deux mois . . .	1
Tous les mois . . . . .	17	Tous les trois mois . . .	3
Tous les huit jours . . . .	13	Tous les huit ou neuf mois.	1
Tous les trois ou quatre		Tous les ans . . . . .	1
jours . . . . .	9	Ayant dix attaques en quatre	
Presque tous les jours . . .	4	ans . . . . .	1
Tous les jours . . . . .	2	Très variables . . . . .	24
	<hr/> 75		<hr/> 106

Il est rare que les malades, arrivés à la période de leurs attaques, ne tombent qu'une seule fois. Dans des cas graves, souvent promptement mortels, on voit les attaques se répéter sans relâche, jusqu'à 80 fois en 12 heures.

La nuit semble être favorable au retour des attaques d'épilepsie. Sur 101 malades examinés dans ce but, M. Leuret en a trouvé, ayant des attaques :

			95
Surtout la nuit . . . . .	35	Surtout le matin . . . . .	3
Egalement le jour et la nuit	29	Le soir seulement . . . . .	1
Surtout le jour . . . . .	12	Le matin et le soir seule-	
Le jour seulement . . . . .	8	ment . . . . .	1
La nuit seulement . . . . .	8	Le soir souvent à la même	
Le matin seulement . . . . .	3	heure . . . . .	1
	<hr/> 95		<hr/> 101

Quelques faits portent M. Leuret à penser que c'est à la position couchée qu'il faut attribuer la fréquence des attaques d'épilepsie pendant la nuit.

M. Leuret a recherché avec soin quelle pouvait être, sur le retour des attaques épileptiques, l'influence des variations de l'atmosphère. Il a pris pour base de ses calculs, non pas le nombre de fois que chaque individu avait eu des attaques, mais le nombre des individus atteints chaque jour. Sur 70 malades, il a eu pour moyennes :

En janvier . . . . .	15,6	En juillet . . . . .	15,4
En février . . . . .	17,1	En août . . . . .	12,0
En mars . . . . .	14,6	En septembre . . . . .	14,4
En avril . . . . .	13,5	En octobre . . . . .	12,9
En mai . . . . .	14,2	En novembre . . . . .	15,2
En juin . . . . .	13,3	En décembre . . . . .	14,1



Le nombre des individus ayant eu des attaques suivant les saisons donne un résultat analogue :

Pour la saison d'été . . . .	13,7	Pour l'automne . . . . .	14,1
Pour le printemps . . . .	13,8	Pour l'hiver . . . . .	15,8

L'hiver paraît donc une saison défavorable aux épileptiques, en ce qu'elle produit des attaques chez un plus grand nombre d'individus que le printemps et l'été. Il est à regretter que M. Leuret n'ait pas consigné dans son mémoire la moyenne de la température ; en effet, un été aussi chaud que celui de 1842, un hiver aussi froid que celui de 1837-38, pourraient déterminer des résultats particuliers.

M. Leuret a étudié avec soin l'influence des phases lunaires sur le retour des attaques d'épilepsie, influence à laquelle a toujours cru le vulgaire, et quelquefois les savants. Il présente d'abord un tableau qui montre que la lune croissante et la lune décroissante sont également chargées, et qu'ainsi les épileptiques tombent en aussi grand nombre de leurs attaques pendant la première que pendant la seconde moitié du cours de la lune. Quant aux époques des changements de lune, la nouvelle lune paraîtrait plutôt favorable aux épileptiques, au lieu de leur être nuisible, comme le veut la tradition. Pour la pleine lune et le dernier quartier, leur influence est évidemment nulle.

La croyance à l'action de la lune sur la marche de l'épilepsie est donc sans fondement ; et en général les diverses conditions météorologiques paraissent avoir peu d'influence sur l'épilepsie, comme l'avait déjà constaté M. Beau à la Salpêtrière, sauf toutefois l'état électrique de l'atmosphère, qui favorise le retour des attaques. M. Leuret signale comme causes plus actives encore l'intempérance, l'onanisme, l'onanisme dans lequel il voit une action organique dépendante de l'épilepsie, les passions violentes, la colère, la frayeur, même une simple contrariété, la vue d'une attaque. Enfin une cause prédisposante aux attaques, c'est de n'en avoir pas eu depuis quelque temps.

( *La suite au prochain numéro.* )

DE LA CONTRACTURE DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE, PAR LE  
DOCTEUR MAX. DURAND-YARDEL.

La contracture des membres, dans l'hémorrhagie cérébrale, est un phénomène qui a été jusqu'ici à peu près constamment négligé ou méconnu par les observateurs. Ainsi, simplement indiqué par

M. Rochoux, on ne le trouve pas même mentionné par Portal, par MM. Moulin, Abercrombie, Andral... M. Lallemand paraît indiquer la flaccidité des membres comme constante dans l'hémorragie, et M. Gendrin a exprimé la même opinion d'une manière beaucoup plus absolue encore. Il résulte cependant des recherches de M. Durand-Fardel que la contracture s'observe fréquemment dans l'hémorragie cérébrale.

L'auteur distingue d'abord les cas où, dans l'hémorragie cérébrale, le sang épanché demeure contenu dans un foyer creusé dans la substance cérébrale, ou bien s'échappe par une déchirure de cette dernière, et se répand dans l'intérieur des ventricules ou à l'extérieur du cerveau, presque toujours alors dans la grande cavité de l'arachnoïde. Sur 60 cas d'hémorragie cérébrale, dont 31 ont été observés par M. Durand-Fardel, 19 par M. Rochoux et 10 par M. Andral, 20 fois le foyer est demeuré circonscrit à l'épaisseur d'un hémisphère; 27 fois il s'est ouvert dans les ventricules; 13 fois à l'extérieur du cerveau, dans les méninges.

Or, dans le plus grand nombre des cas, on voit la contracture des membres se montrer lorsque les foyers communiquent avec les ventricules ou les méninges, manquer au contraire quand ils demeurent circonscrits à l'épaisseur des hémisphères.

Sur 18 cas d'hémorragie ventriculaire observés par M. Durand-Fardel, il y a eu 13 fois contracture des membres paralysés; 2 fois contracture du côté non paralysé seul; 3 fois simple résolution sans contracture. Sur 8 cas d'hémorragie à l'extérieur du cerveau, il y a eu 6 fois contracture des membres paralysés; 1 fois contracture du côté non paralysé; 1 fois simple résolution.

Cette contracture se montre sous des formes et à des époques très différentes. Quelquefois très énergique, d'autres fois elle consiste en une roideur légère des articulations; elle survient tantôt dès le début, tantôt et plus souvent pendant le cours de la maladie, et se montre quelquefois très passagère, ce qui explique comment, bien qu'elle soit mentionnée dans un assez bon nombre d'observations isolées, elle a si souvent échappé à des observateurs non prévenus. L'auteur rapporte des observations propres à faire connaître les circonstances principales de ce phénomène. Quelques unes permettent de croire qu'il serait possible de suivre pendant la vie, par la seule observation de la contracture, la marche et les progrès de l'épanchement dans le cerveau, la contracture apparaissant en général au moment où le sang épanché se trouverait en contact avec la membrane ventriculaire ou les méninges, ce qui arrive soit au début, soit à une période ultérieure de l'hémorragie.

M. Durand-Fardel n'a pu constater que cinq fois par l'autopsie des hémorrhagies limitées à la pulpe de l'un des hémisphères, après avoir assisté à la marche de la maladie tout entière : quatre fois il n'y a eu aucune contracture dans les membres; une fois seulement un peu de roideur, que l'auteur attribue au voisinage du foyer et de la cavité ventriculaire, dont la sérosité était elle-même teinte de sang. Enfin, sur tous les faits répandus dans la science, et qu'il lui a été possible d'analyser, M. Durand-Fardel n'en a trouvé que quatre où de la contracture ait accompagné une hémorrhagie limitée à l'épaisseur d'un hémisphère.

Enfin, M. Durand-Fardel termine son Mémoire par les conclusions suivantes :

Dans l'hémorrhagie cérébrale, la contracture des membres paralysés ou non paralysés accompagne presque constamment la rupture du foyer dans les ventricules ou dans les méninges.

La contracture ne se montre que très rarement, à la suite des hémorrhagies limitées à l'épaisseur des hémisphères.

La contracture est un phénomène très fréquent dans l'hémorrhagie cérébrale.

Dans un autre article, l'auteur cherchera à établir jusqu'à quel point ce phénomène, mieux étudié qu'il ne l'avait été jusqu'ici, peut fournir des données propres à éclairer le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale et des autres affections de l'encéphale qui suivent une marche analogue.

## **II. Gazette médicale de Paris.**

Les Numéros de Mai, Juin et Juillet 1843 ne contiennent rien de relatif au système nerveux.

## **III. Gazette des hôpitaux.**

Numéros de Mai, Juin et Juillet 1843.

1° *Observations de méningite. Des caractères anatomiques de la méningite* (hôpital des Enfants, service de M. Guersant père).

2° *Du traitement de la chorée par le liniment de Rosen*, par le docteur Legrand. Deux observations : dans la première, de l'auteur, la guérison s'opère sous l'influence de bains sulfureux ; dans la seconde, chorée grave, aiguë, avec fièvre, altération de l'intelligence, le traitement a duré deux mois : la guérison paraît avoir été complète. Il n'a été employé, avec les frictions sur la région vertébrale, à l'aide du liniment de Rosen, que quelques éva-

enants au début et des bains de siège ou entiers. 3° *Ouverture du cours théorique et pratique d'aliénation mentale*, à l'hospice de la Salpêtrière, par M. Falret, médecin en chef. 4° *Observations d'asthme, considérations générales*, par M. de Croizant, interne à la Salpêtrière; service de M. Beau. 5° *Du musc dans la méningite symptomatique*; service de MM. Récamier et Tessier. Observation incomplète. 6° *Des illusions des sens chez les aliénés. Leçons cliniques sur les maladies mentales*, par M. Baillarger. 7° *Médecine légale, justice criminelle*. 8° *Observation d'hémorragie méningée avec ramollissement du cerveau*, par M. Trifet, interne à l'hospice des Incurables, service de M. Duplay. 9° *Médecine légale, blessures mortelles*. 10° *Commotion cérébrale, émétique à hautes doses, guérison*; service de M. Lisfranc. 11° *Convulsions, de leurs causes, de leur traitement*; service de M. Jadelot. 12° *Manie, suite de couches*; service de M. A. Bérard. 13° *Myélite et phénomènes tétaniques, ramollissement de la moelle*, hôpital des Enfants; service de M. Guersant père. 14° *Cas de rupture du cœur avec ossification des VEINES du cerveau*, observation incomplète. 15° *Médecine légale, empoisonnement, assassinat*. 16° *Fievre typhoïde à forme ataxique, pouvant être prise pour une méningite*; hôpital des Enfants, service de M. Jadelot. 17° *Hystérie, épilepsie, catalepsie*; clinique de M. Rostan. 18° *Médecine légale, infanticide, embryotomie*. 19° *Paralysie de la face*; service de M. Jadioux. 20° *Delirium tremens, délire aigu*; service de M. Louis. 21° *Myélite symptomatique d'affection tuberculeuse du rachis*; service de M. Jadioux. 22° *Coqueluche, considérations sur le traitement et la marche de cette maladie*, hôpital des Enfants; service de M. Jadelot. 23° *Varioles avec complications de méningo-céphalite*; clinique de M. Rostan.

OBSERVATIONS D'ASTHME; CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES, PAR M. DE CROIZANT, INTERNE DES HÔPITAUX. (Hospice de la Salpêtrière, service de M. Beau, 25 mal.)

Ce travail est un résumé de conférences cliniques de M. Beau sur l'asthme. Il présente une théorie de l'asthme, une théorie mécanique. Lorsque l'on a affaire à une question aussi difficile à résoudre d'une façon évidente et palpable que celle de la nature de l'asthme; il est difficile de lui trouver des explications qui satisfassent tout le monde et s'appliquent à tous les cas. Nous laissons au lecteur à juger si la théorie de M. Beau remplit ou non cette dernière condition.

Deux observations de catarrhe sont l'occasion de cette note. Il s'agit de deux vieilles femmes catarrheuses depuis plusieurs années : toutes deux toussent, à certaines époques ont une expectoration de crachats muqueux, solides, larges. Mais chez l'une d'elles, l'oreille ne perçoit aucun râle dans la poitrine, le murmure respiratoire s'entend partout sans aucune altération, tandis que chez la seconde on entend des râles sonores ou humides, suivant les instants, en grande quantité. De ces deux femmes, l'une a un catarrhe du larynx ou de la trachée, l'autre a un catarrhe des petites bronches ; la première n'éprouve jamais de dyspnée notable, la seconde est sujette à des accès d'étouffements qui présentent tous les caractères de l'asthme. Beaucoup de médecins, dit M. de Croizant ou plutôt M. Beau, expliquent l'asthme par un spasme ou un emphysème... Nous pensons que ces deux hypothèses sont au moins inutiles, et que le catarrhe seul suffit pour donner la clef de la différence (qui existe entre deux catarrheux dont l'un étouffe, tandis que l'autre n'étouffe pas), si on veut l'étudier dans son siège, et aussi dans le degré de consistance des mucosités dont il est la source. Supposons d'abord que le catarrhe siège dans la trachée ou dans le larynx, il n'y aura pas d'obstacle au passage de l'air, parce que le tronc de l'arbre bronchique est assez large pour contenir de la matière catarrhale, sans que celle-ci fasse obstacle au passage de l'air ; il n'y aura donc pas, dans ce cas, obstruction, et par suite pas de dyspnée. Supposons maintenant que ce catarrhe ait son siège un peu plus bas, dans des bronches plus étroites, n'est-il pas naturel de croire qu'il sera bien facile à la matière catarrhale, quelque petite que soit la quantité, de la fermer, et de porter ainsi à la respiration un obstacle mécanique dont la dyspnée est la suite évidente et la traduction externe ? La preuve de la vérité de cette explication se trouve dans l'auscultation... Chez l'individu qui a un catarrhe du tronc bronchique, chez lequel il n'y a pas par conséquent d'obstacle à la respiration, et chez lequel il ne peut pas y en avoir, on ne trouve pas de râles ; chez l'autre, au contraire, qui a de la dyspnée, nous trouvons les signes stéthoscopiques de la présence du catarrhe dans des bronches plus étroites.. Ainsi tout asthmatique doit son asthme à un catarrhe des petites bronches. Maintes circonstances démontrent la liaison de la dyspnée et de l'affection catarrhale. En particulier l'expectoration, le déplacement et le changement de consistance des mucosités sont les trois phénomènes sous l'influence desquels on voit la dyspnée se modifier dans le cours d'un catarrhe des petites bronches conjointement avec les râles, qui changent aussi alors

de nature et d'intensité. A propos d'expectoration, M. Beau donne l'explication suivante de cette expectoration claire, liquide, semblable à une solution gommeuse que l'on observe souvent dans le catarrhe. Cette sécrétion et la toux sont les deux moyens que la nature emploie toujours de concert pour débarrasser les bronches de l'obstacle qui gêne la respiration; effort de la nature qui peut être comparé à la sécrétion que la présence d'un corps étranger détermine dans la conjonctive. Suivant le médecin dont nous analysons les idées, l'hypothèse d'un spasme bronchique, comme explication de la dyspnée, est inutile, parce que toutes les causes sous l'influence desquelles on croyait voir se développer ce spasme peuvent tout aussi bien causer ou influencer un catarrhe. Quant à l'emphysème, si tous les accidents et tous les symptômes de l'asthme sont si parfaitement expliqués par le catarrhe, ils sont loin de l'être d'une manière aussi satisfaisante par l'emphysème. Ainsi comment se rendre compte, avec cette hypothèse, de toutes les variations dont nous avons parlé dans la fréquence, l'intensité, le moment des accès de dyspnée? Comment concevoir ces changements subits qu'on remarque tous les jours chez les asthmatiques... le retour presque constant des accès pendant les saisons froides, époque pendant laquelle on s'enrhume facilement, mais pendant laquelle l'air, plus dense, devrait convenir davantage aux emphysemateux?... Parmi toutes les asthmatiques de la Salpêtrière, les unes ont leurs étouffements pendant quinze jours, un mois, deux mois, et tout le reste de l'année elles sont fort tranquilles. Nous disons que le rhume est guéri, et que, s'il y a eu de l'emphysème, ce que nous ne savons pas, il a disparu complètement; mais il y en a d'autres qui, pendant toute l'année, après leurs grands accès, éprouvent continuellement de la dyspnée, et l'on s'appuie sur ce fait pour dire que l'asthme était le résultat de l'emphysème qui se fait encore sentir après les accès. Si l'on interroge ces malades, on verra qu'elles sont continuellement enrhumées, qu'elles toussent, crachent; et si on les ausculte, on trouvera des râles en rapport d'intensité avec la dyspnée, et qui seront une preuve que, comme pendant les accès, cette dyspnée est l'effet du catarrhe lui-même, qui n'est pas totalement guéri.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE, RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU. OBSERVATION RECUEILLIE PAR M. TRIPET, DANS LE SERVICE DE M. DUPLAY, HOSPICE DES INCURABLES. (13 juin.)

Le 1<sup>er</sup> mars 1843, un homme âgé de soixante-seize ans tomba tout-à-coup privé de toute intelligence, de tout sentiment et de

tout mouvement; respiration stertoreuse; sens abolis; légers mouvements convulsifs du bras gauche, paralysie complète du droit. On ouvre la veine médiane basilique, et à mesure que le sang coule, la respiration devient moins embarrassée. Immédiatement après, le malade répond assez nettement aux questions; distingue les objets qui l'environnent. Le soir il est beaucoup mieux encore; il voit, il entend, il parle et commence à remuer les membres qui étaient paralysés. Il n'y a pas eu de déviation de la bouche. (Limonade, pédil. sinap., eau de Sedlitz.) Le 7 il quitta l'infirmierie dans un état assez satisfaisant.

Le 14, il y rentra, présentant une hémiplegie droite complète du sentiment et du mouvement. L'intelligence, la mémoire, la parole, sont abolies; coma profond. Le malade ne voit rien ni n'entend; cependant les pupilles se resserrent à l'approche d'une lumière. Le goût et l'odorat ont perdu beaucoup de leur sensibilité; la face est pâle; la bouche n'est pas déviée; les lèvres et les dents sont sèches, la langue rugueuse; évacuations involontaires; respiration gênée; pouls un peu plus fort que de coutume, à 80. (Saignée de 4 pal.) Le lendemain, le malade reste dans le même état. (Eau de Sedlitz.) Le surlendemain, on ne peut lui faire avaler de tisane; la respiration est de plus en plus stertoreuse, et les accidents vont toujours en croissant. Enfin il meurt le 19 au soir.

*Autopsie.* On trouve les traces d'une hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde, entre le lobe moyen et le lobe inférieur de l'hémisphère gauche; la substance cérébrale n'est pas détruite pour former le foyer, mais elle est comprimée. Le sang a dû se répandre dans les méninges, et comprimer le cerveau à mesure qu'il s'accumulait. Le foyer est assez grand pour loger une noix; il est elliptique, un peu aplati, et ne contient que fort peu de sang. Le cerveau, retiré de sa cavité osseuse, ne reprend pas sa forme primitive; et comme nous l'avons dit tout-à-l'heure, le foyer ne s'efface aucunement.

Ce n'est pas tout: en incisant l'hémisphère gauche du cerveau, on trouve un ramollissement considérable qui occupe les couches optiques et envahit un peu la substance grise au-dessus de ces mêmes parties. La partie ramollie peut égaler le volume d'un œuf de poule. L'hémisphère droit paraît sain. Les ventricules contiennent une quantité normale de sérosité.

Il est fâcheux que cette observation soit si incomplète à l'endroit de l'anatomie pathologique, que, par exemple, la couleur du ramollissement, l'absence ou l'existence de fausses membranes dans l'arachnoïde, etc., ne soient pas mentionnées.

BLESSURES MÔRTELLES A LA TÊTE. CIRCONSTANCE REMARQUABLE.  
( *Médecine légale.* ) ( 17 juin. )

Un homme avait eu une querelle dans un cabaret; on le sépara de ses adversaires, la figure ensanglantée, et on le fit coucher dans un grenier, dans la même maison. Le lendemain on remarqua, en venant le réveiller, qu'une petite fenêtre donnant dans le grenier avait été ouverte, et qu'au près de cet homme se trouvait une fourche cassée. Il se réveilla, déclara ne pouvoir expliquer aucune de ces circonstances, se mit en route sans se plaindre d'aucune douleur, et se rendit chez lui, à une certaine distance de là. Il se coucha en arrivant : on ne put constater autre chose qu'une forte ecchymose sur la paupière gauche. On l'interrogea sur les causes de son mal : mais depuis qu'il s'était mis au lit, il ne recouvrait que rarement des moments lucides, et semblait avoir complètement oublié les sévices que l'on avait exercés contre lui. Trois jours après il expirait, et l'autopsie constatait que la mort était le résultat d'un coup violent qui avait brisé le coronal et occasionné un épanchement de sang à l'intérieur du cerveau. Un des individus qui s'étaient pris de querelle avec lui se vanta le lendemain de l'avoir assommé. Il fut condamné par le jury. On demanda aux médecins appelés s'il était possible qu'un homme frappé à la tête d'un coup mortel pût seconner un sommeil devenu léthargique, se mettre en route et exercer pendant un temps assez long toutes ses facultés, bien qu'il eût perdu la mémoire des excès qui avaient en quelque sorte préparé sa mort. Ils répondirent d'une manière affirmative.

DES ILLUSIONS DES SENS CHEZ LES ALIÉNÉS. LEÇONS CLINIQUES DE  
M. BAILLARGER SUR LES MALADIES MENTALES. HOSPICE DE LA SAL-  
PÊTRIÈRE. ( 3 juin. )

M. Baillarger commence par rappeler les divisions qu'il a admises pour les illusions chez les aliénés. Les unes ont leur cause excitante à l'extérieur, les autres, au contraire, à l'intérieur même des organes; tantôt et le plus souvent elles sont le résultat de la préoccupation, les organes sensoriaux étant parfaitement sains; dans d'autres cas plus rares, elles sont, au contraire, en partie l'effet du trouble des sensations.

*Première observation. Empoisonnement par la belladone. Illusions de la rue.* ( Service de M. Mitivié. ) C..., âgée de vingt-quatre ans, cuisinière, est entrée hier à l'hospice. Il y a quatre jours, elle a pris chez un pharmacien plusieurs paquets de fleurs pectorales



avec lesquels elle a fait de la tisane. Aussitôt après avoir bu le premier verre, elle a éprouvé des étourdissements, et bientôt elle est tombée dans le délire. Le soir, le délire a cessé, mais, dans la nuit, il a recommencé. Le matin, elle est sortie, ne sachant ni où elle allait ni ce qu'elle faisait; elle a été arrêtée dans la rue, et comme elle ne pouvait donner aucun renseignement, on l'a conduite à la Préfecture de police, et de là à la Salpêtrière. L'accès de délire avait été provoqué par des feuilles de belladone mêlées aux fleurs pectorales. Elle raconte qu'elle voyait par terre de petits animaux qui marchaient; elle en était entourée; il y en avait de diverses couleurs et de diverses grosseurs. Elle a voulu en prendre un, mais elle n'a saisi qu'une feuille. A part ce souvenir, elle ne se rappelle rien de ce qu'elle a dit ou fait, de ce qui lui est arrivé. Il faut remarquer que cette femme éprouve ordinairement à chaque époque menstruelle une céphalalgie plus ou moins forte. Le jour où elle a pris de la belladone, ses règles venaient de paraître. M. Baillarger signale encore la perte presque complète de la mémoire de ce qui s'est passé dans l'accès; il en est autrement dans la folie. Il n'est pas besoin de faire observer que les illusions de la vue étaient de celles qu'on doit rattacher aux organes sensoriaux....

*Troisième observation. Illusions de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût.* M..., âgée de quarante-cinq ans, entrée à la Salpêtrière il y a huit ans, offre réunies les illusions de presque tous les sens. La bonne tenue de cette femme, son assiduité au travail, l'expression naturelle de sa physionomie, ne laissent guère, de prime abord, soupçonner toute l'étendue de son délire. M... est persuadée qu'il y a parmi les femmes qui habitent la même salle qu'elle plusieurs hommes déguisés; elle se plaint qu'on abuse d'elle pendant son sommeil. Il y a deux ans, si on l'en croit, elle est accouchée avant terme d'un enfant dont elle n'a vu que la tête (c'était un caillot de sang); mais elle a parfaitement reconnu les yeux. Cet accouchement ne peut s'expliquer que par les violences qu'on exerce sur elle pendant qu'elle dort, car elle n'a jamais eu commerce avec les hommes. La nuit, on lui jette dans la bouche des poudres métalliques, du blanc d'œuf, des ordures; de là les saveurs désagréables qu'elle a constamment au réveil. Souvent on saupoudre son pain d'émétique, ou bien on lui envoie des odeurs empestées. D'autres fois on lui donne des coliques; on l'a fait vomir. Rien de ce qu'elle éprouve ne lui arrive naturellement; c'est l'effet des manœuvres de ses ennemis. Souvent, quand on cause à quelque distance d'elle, elle entend des injures dans les paroles qu'on prononce,

M. Baillarger appelle l'attention sur les illusions de l'ouïe, dont le point de départ est dans l'intérieur même du corps dans la majorité des cas. Ces illusions paraissent avoir été confondues avec des hallucinations, faute d'une exploration assez minutieuse.

*Quatrième observation. Inspirations. Illusions de l'ouïe ayant leur point de départ dans les battements du cœur.* D..., âgée de vingt-huit ans, sortie il y a peu de temps de l'hôpital de Lourcine, est entrée dans une maison religieuse. Bientôt, sous l'influence des conseils qu'elle y a reçus, elle a pris la ferme résolution de ne plus retomber dans les désordres qui l'avaient conduite à l'hospice; elle s'est livrée avec ardeur à la prière; peu à peu sa tête s'est exaltée, et bientôt le délire a éclaté. D... est convaincue qu'on la force de parler, ou plutôt que Dieu parle par sa bouche. C'est ainsi qu'elle s'est confessée tout haut, ce qu'elle n'aurait pas fait si elle eût été libre, et si c'était réellement elle qui eût parlé; elle ne sait pas ce qu'elle dit; ce n'est pas elle qui parle, c'est Dieu qui l'inspire; mais en outre, elle éprouve un phénomène étrange: elle entend une voix dans sa poitrine, et, chose singulière, c'est son cœur qui parle. On chante des cantiques, et les battements de son cœur accompagnent ce chant. Après une nuit calme, les voix partant du cœur ont recommencé en même temps qu'une violente palpitation.

... Plus on observe avec soin, dit en terminant M. Baillarger, sous ce rapport, plus on arrive à cette conviction, que beaucoup de malades regardés comme ayant des hallucinations de l'ouïe n'ont réellement que des illusions dues ainsi à des causes internes. Les battements du cœur, des artères de la tête, les borborygmes, le souffle respiratoire, les bruits nasaux et gutturaux, sont les causes et le point de départ les plus fréquents auxquels il faut rattacher les erreurs des malades.

MANIE, SUITE DE COUCHES. LEÇONS CLINIQUES DE M. A. BÉRARD, HÔPITAL DE LA Pitié. (29 juin.)

Une femme, forcée de sevrer peu après ses couches, est prise d'un engorgement du sein gauche; il survient un abcès au sein droit. En outre, on la voit se livrer à des propos extravagants ou refuser de répondre. Depuis la veille, elle rit ou chante, tantôt des chansons obscènes, quand la religieuse est absente, tantôt des cantiques, quand elle la voit reparaître; elle querelle les autres malades; elle fait, en un mot, toutes sortes d'extravagances. Elle est primipare et accouchée depuis trois semaines. Le délire que présente cette femme n'est pas la conséquence de la maladie du sein; c'est une véritable aliénation mentale.

Cette manie des femmes en couches offre des circonstances assez particulières pour l'étudier à part. Elle n'est pas rare ; car, d'après des relevés faits dans des établissements spéciaux, et portant seulement sur des femmes susceptibles d'accoucher, les maniaques à la suite de couches figurent pour plus d'un dixième. Le délire débute souvent brusquement, le plus habituellement chez les nouvelles accouchées, quelquefois pendant la lactation. Certaines circonstances peuvent favoriser son développement, telles que de fortes odeurs, le froid, la frayeur, les émotions. Sur les femmes du monde agissent surtout les causes morales, les erreurs d'hygiène sur les femmes du peuple. L'existence de fous dans la famille indique une prédisposition. Le professeur ne s'explique pas, quand la manie survient pendant la lactation, sur l'influence mutuelle que l'apparition du délire et la suppression du lait peuvent exercer l'une sur l'autre. Le délire, précédé ou non de prodromes, s'annonce dès les premiers jours par une sorte d'état fébrile et d'exaltation dans les idées. Le teint est pâle, et le facies a un aspect particulier, plus facile à reconnaître qu'à décrire. Cette maladie parcourt ses périodes comme la manie, et dans le plus grand nombre des cas elle se termine favorablement dans les premiers six mois ; chez d'autres, c'est après deux ans : elle persiste chez environ un tiers des femmes, et il en meurt environ une sur quinze. (La source de ces relevés n'est pas indiquée.) La guérison est souvent annoncée par quelque évacuation critique, par le retour des lochies ou de la sécrétion du lait, par des hémorrhagies, des diarrhées, ou par le retour des règles, etc... Les malades sont exposées aux rechutes. Celles-ci offrent quelquefois des circonstances curieuses : ainsi on a vu la manie revenir seulement à l'occasion des enfants mâles, et point pour les filles, ou bien des couches suivies de manie alterner régulièrement avec des couches dont les suites sont normales. Quand la manie est développée, il ne faut pas la combattre par les émissions sanguines répétées ni les purgatifs énergiques. La nature, dans les cas qui se terminent favorablement, semble indiquer, par l'apparition des phénomènes qui accompagnent le plus souvent la guérison, le sens dans lequel la médecine doit agir. Il faut surtout se hâter de rappeler la sécrétion supprimée, quand il en est temps encore ; celle des lochies, du lait, des règles..... Enfin, il faut employer le traitement ordinaire de la manie, l'isolement, les moyens moraux, etc.

MYÉLITE ET PHÉNOMÈNES TÉTANIKES. RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE,  
OBSERVATION RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. GUERSANT PÈRE,  
À L'HÔPITAL DES ENFANTS. ( 4 juillet. )

Le nommé Dextebuine, âgé de quatorze ans, est entré le 10 mai 1843 au n° 22 de la salle Saint-Jean. Cet enfant, d'une bonne constitution, habituellement bien portant, vacciné, est malade depuis quatre jours. Pendant la semaine dernière, il s'est fatigué plus que de coutume à porter des fardeaux très lourds. Il y a cinq jours, il portait sur la tête un paquet de linge très pesant; lorsqu'il voulut s'en débarrasser, il pencha la tête en arrière pour le faire tomber; mais un cordon qui attachait le paquet s'était embarrassé autour de son front, et le poids du fardeau lui entraîna violemment la tête en arrière, en lui causant une vive douleur dans la région cervicale. Le lendemain, il éprouva une courbature et une céphalalgie qui le forcèrent de garder le lit. Le surlendemain, 7, la colonne vertébrale présentait de la roideur. La tête se renversait fortement en arrière, avec quelques mouvements convulsifs; céphalalgie violente, faiblesse. Ces symptômes ont augmenté depuis. Vomissements après avoir mangé, agitation très grande, insomnie.

10 mai. Visage médiocrement animé, mais exprimant par moments un sentiment profond d'anxiété et de douleur. La colonne vertébrale, roide, ne peut exécuter aucun mouvement, et quand on cherche à en imprimer au tronc, l'enfant se plaint de très vives douleurs et pousse des cris. La tête est fortement tirée en arrière sans qu'il puisse l'abaisser en avant. Point d'engourdissement et aucune contracture des membres; intelligence nette; pouls à 80, médiocrement développé, non redoublé; chaleur de la peau naturelle, sans chaleur ni sécheresse; extrémités plutôt froides que chaudes; langue nette, rosée, humide; la déglutition n'est qu'un peu difficile. ( 15 sangsues sur les parties latérales et postérieures du cou; lav. purg. )

Les jours suivants, délire loquace; les extrémités deviennent plus chaudes. Agitation, pas de mouvements convulsifs ni de contracture; les mouvements du tronc sont plus faibles et moins douloureux. La tête est toujours fortement renversée en arrière. Même état du reste. Pouls de 90 à 100. ( Sangsues, vésicatoire à la nuque, environnés 20 centigr. par jour. ) Le 25 mai, l'agitation est extrême; les douleurs de la partie postérieure de la tête sont devenues beaucoup plus intenses, continuelles; le malade se plaint sans cesse, et pousse des gémissements. Pouls médiocrement dé-

veloppé, à 100-104. Depuis lors son état empira de jour en jour, et il succomba au commencement du mois de juin.

A l'autopsie, on trouva un ramollissement de la moelle épinière au niveau du trou occipital dans l'étendue de 3 et demi centim. Le doigt promené sur la partie de la moelle qui est le siège de cette altération, avant l'enlèvement de la pie-mère, percevait distinctement la sensation d'une mollesse manifeste qui cesse à l'endroit où se termine le ramollissement. Dépouillée de sa membrane, la substance médullaire est comme convertie en une espèce de bouillie, de pulpe molle, qui s'écrase sous la moindre pression. Au-dessus et au-dessous du point ramolli, la moelle a conservé sa consistance normale, mais semble être un peu injectée, et présente un pointillé rouge remarquable. La pie-mère de la base du cerveau est infiltrée de sérosité. On ne trouve aucune autre lésion ni dans l'appareil d'innervation ni dans les autres organes.

PARALYSIE DE LA FACE. HÔTEL-DIEU, SERVICE DE M. JADJOUX.  
(18 juillet.)

Un homme de vingt-huit ans, bien constitué et d'une bonne santé habituelle, raconte avoir reçu, il y a trois ans, un coup à la tête sur le sommet, à la suite duquel il éprouva un peu de céphalalgie et de difficulté pour froncer le sourcil, principalement du côté gauche, ce qui ne dura pas plus de trois semaines. Depuis cette époque pourtant il lui en est resté une sensation toute particulière dans l'oreille gauche, qu'il compare à celle qu'on percevait en entendant un soufflet animer doucement un foyer. Ce phénomène, qui est survenu pour la première fois quatre ou cinq jours après le coup reçu, a persisté; il éprouve cette sensation toutes les fois qu'il avale sa salive ou qu'il respire avec force. Il n'a jamais souffert de cette oreille, et ses facultés auditives n'ont jamais été altérées. Il y a deux mois, tous les soirs après le dîner, il ressentait de la céphalalgie gravative, et était obligé de se mettre à la fenêtre pour respirer le frais, ce qui le soulageait. Cette pesanteur de tête ne se prolongeait pas dans la nuit. Il se portait du reste très bien. Le 23 février dernier, il s'aperçoit en se levant que sa joue gauche est enflée, que sa bouche est un peu déviée et que la parole est difficile. Il s'était pourtant éveillé en bonne santé, et avait dormi toute la nuit. Les jours suivants l'enflure augmente ainsi que la déviation de la bouche. Le 23 du même mois, le malade s'aperçoit qu'il a de la peine à fermer l'œil gauche, qu'il y a un peu d'épiphora; il y voit un peu trouble, mais rien que de l'œil droit (C'est sans doute de l'œil *gauche* qu'on a voulu

dire.) Il constate en même temps que les aliments n'ont plus de goût sur la moitié gauche de la langue, ce qu'il expérimente lui-même avec de la moutarde. Depuis plusieurs jours il entend aussi moins bien de l'oreille gauche.

*Le 4 mars*, le malade entre à l'Hôtel-Dieu. La bouche offre une déviation considérable à droite; il fume, comme on dit, la pipe, et ne peut siffler. Il ferme incomplètement l'œil gauche, et ne peut froncer le sourcil de ce côté; la joue gauche n'a plus de trace d'enflure. La sensibilité tactile est tout-à-fait éteinte sur toute la paroi buccale, excepté près de la commissure des lèvres du même côté; il en est de même pour la sensibilité gustative. La langue ne ment facilement dans tous les sens; mais dans toute sa moitié gauche, il y a abolition complète de sensibilité spéciale. La sensibilité tactile est très faible en avant; elle est entièrement éteinte à la base de la langue, toujours dans la moitié gauche. On s'est servi de vinaigre pour expérimenter la sensibilité spéciale de cet organe; le malade a dit sentir de l'eau quand on appliquait un acide sur la moitié gauche de la langue. Lorsqu'il mange, les aliments séjournent dans la gouttière extra-maxillaire gauche, ce dont il s'est aperçu dès les premiers jours de la maladie actuelle. La sensibilité générale n'est pas diminuée sur toute la moitié gauche de la face, excepté dans le voisinage du grand angle de l'œil où elle est moins vive que du côté droit. Ces jours derniers, il souffrait de la joue lorsqu'elle était enflée. Quand on passe une barbe de plume sur la conjonctive oculaire des deux côtés, il souffre également. Il n'éprouve aucune sensation désagréable de chatouillement par l'introduction d'une barbe de plume dans le tuyau de l'oreille gauche, tandis qu'à droite il se retire vivement au moindre contact; il entend toujours moins bien du côté gauche. Même différence entre la narine droite et la gauche: perte complète de l'odorat dans cette dernière. Le chatouillement causé par la barbe d'une plume est désagréable sur la moitié droite des lèvres, mais non sur la moitié gauche. La déglutition est facile; la paroi buccale gauche paraît aussi humide que la droite. Depuis quatre ou cinq jours, le malade éprouve en toussant une douleur très modérée sur la bosse pariétale droite et au-dessus du sourcil droit. Sa santé du reste paraît parfaite. Les pupilles sont normales. ( 10 sangsues sur chaque apophyse mastoïde, sinapismes, boisson laxative, diète. )

*Le 6*, la bouche est moins déviée et la céphalalgie a diminué. La sensibilité tactile a reparu à la base de la langue à gauche; elle est revenue aussi, quoiqu'à un faible degré, sur la paroi buccale gauche et sur toute la face. Le chatouillement de l'oreille gauche est

très désagréable. Il sent bien les larmes rouler dans son œil gauche, ce qu'il ne sentait pas auparavant. (Friction derrière les oreilles avec un liniment volatil, 30 grammes d'huile de ricin.)

Le 7, le malade commence à fermer un peu l'œil gauche. Même état de la sensibilité gustative. Les aliments ne séjournent plus dans la gouttière maxillaire. Il commence à lire nettement, tandis qu'auparavant, en fermant l'œil droit, il ne voyait que confusément. Il entend mieux aussi; mais ce qu'il appelle ses sifflements d'oreilles persiste toujours; cette sensation est même plus forte qu'avant l'attaque d'hémiplégie faciale. (Liniment volatil, péd. sinap., 3 potions.)

10. Il plisse un peu le front à gauche. Même état de la sensibilité spéciale.

14. La sensibilité gustative a reparu entièrement; mais il ne sent ni le tabac ni le vinaigre. Il peut fermer entièrement l'œil gauche, et n'éprouve plus qu'un peu de paresse dans le sourcil. La bouche est encore un peu déviée: il commence à siffler assez bien.

15. Plus de déviation de la bouche. Le malade siffle très bien, et commence à percevoir les odeurs. Le mieux a continué de marcher rapidement, et le malade est sorti guéri.

DELIRIUM TREMENS. OBSERVATION RECUEILLIE A L'HÔPITAL BEAUJON,  
DANS LE SERVICE DE M. LOUIS.

Un homme de cinquante-deux ans, adonné depuis plusieurs années aux liqueurs alcooliques, présentait tous les signes du *delirium tremens*. Il y avait douze jours qu'il divaguait et que ses membres tremblaient. Il n'y avait pas de mouvements convulsifs de la face. Les pupilles paraissaient normales. Le malade délirait sans trop d'agitation, et sans colère; il répondait passablement à certaines questions. La sensibilité cutanée était conservée. Les membres supérieurs étaient le siège d'un tremblement prononcé, leurs mouvements incertains, sans précision et aussi sans roideur. Le pouls était à 80, régulier, peu développé, la peau sans chaleur. La respiration ne tarda pas à se gêner; il survint de la toux, du râle trachéal; les signes d'un peu d'épanchement à la base de la poitrine, à droite; le pouls prit de la fréquence, et le malade succomba deux jours après son entrée à l'hôpital.

*Autopsie.* La voûte du crâne adhère à la dure-mère. Celle-ci est médiocrement tendue, et n'offre d'autre particularité à noter que la présence de glandes de Pacchioni nombreuses. Cavité de

l'arachnoïde lisse, humide, sans adhérences. Cette membrane est saine, bien transparente, à part quelques petites taches blanchâtres, opaques, de 2 à 3 millim. d'étendue, qui se voient sur son feuillet viscéral, et paraissent appartenir plutôt à la pie-mère sous-jacente qu'à l'arachnoïde elle-même. Avec un peu de soin on parvient à constater un épaissement léger des membranes au niveau des taches indiquées, lesquelles ne se voient que sur la convexité du cerveau. La pie-mère, dont les vaisseaux d'un certain calibre sont seuls un peu congestionnés, contient dans ses mailles une quantité considérable de sérosité parfaitement limpide et à peine citrine, et cette membrane s'enlève avec facilité de la masse du cerveau sans en altérer la substance. Les deux hémisphères sont symétriques, leurs circonvolutions fermes, un peu pâles, étroites, grêles, évidemment atrophiées, et l'atrophie est aussi prononcée d'un côté que de l'autre, en arrière qu'en avant. A l'intérieur, les deux substances grise et blanche ont leur couleur, leur consistance normale; partout la congestion sanguine est très peu considérable. Les ventricules latéraux sont un peu plus amples qu'à l'ordinaire; leurs parois sont saines, lisses; ils contiennent chacun trois cuillerées de sérosité limpide incolore. Corps striés, couches optiques, protubérance, cervelet et son ventricule, bulbe rachidien, à l'état normal. Sang noir liquide dans les sinus de la dure-mère.

Infiltration séro-sanguine des poumons à leur partie déclive, rougeur des bronches. 60 grammes de sérosité trouble et jaunâtre sans fausse membrane dans la plèvre droite.

Cœur mou, sain du reste, plein, ainsi que l'aorte, de sang liquide. Congestion sanguine des parenchymes.

#### **IV. Journal des connaissances médico-chirurgicales.**

Numéros de Mai, Juin et Juillet 1843.

GUÉRISON D'UNE MÉNINGITE PAR LES FRICTIONS D'ONGUENT NAPOLITAIN, PAR LE DOCTEUR SALIER FILS. (Mai.)

Il s'agit dans cette observation d'un enfant de quinze à seize mois qui présenta les symptômes d'une méningite assez grave. Le traitement a été remarquable en particulier par les doses considérables qui ont été administrées. En quatre jours, 135 grammes d'onguent napolitain ont été employés en frictions sur l'abdomen; 3 grammes de calomélas ont été pris en trois jours. On a employé



en outre le sirop d'ipéca au début, puis de l'huile de ricin en potion, des frictions sur la tête avec la pommade stibiée et l'huile de croton, et des vésicatoires aux cuisses. Il survint à la fin du traitement une exsudation pseudo-membraneuse de la bouche; puis les jours suivants, « il se déclara des accidents qui firent tomber l'épiderme de la peau du ventre, des parties génitales et des cuisses, avec salivation et diarrhée mercurielles. » Ce qui n'empêcha pas la guérison d'être complète.

## V. Revue médicale.

Numéros de Mai, Juin et Juillet 1843.

NÉVRALGIE SCIATIQUE INTERMITTENTE, PAR LE DOCTEUR  
MONDIÈRE. (Juin.)

## VI. Bulletin général de thérapeutique.

Tome XXIV. (Janvier — Juin 1843.)

*1° De la névralgie de la partie inférieure du rectum, et de l'influence thérapeutique des vapeurs aqueuses dans cette maladie, par le docteur Max Simon. 2° Sur deux cas d'épilepsie traités par la même méthode (l'indigo), avec un succès différent, par le docteur Michel. 3° Tétanos survenu à la suite d'une chute, et guéri par les saignées abondantes et l'opium. 4° Curieuse névralgie dorsale et intercostale guérie par l'emploi du moxa. 5° De l'emploi de la belladone dans le traitement du tétanos spontané. 6° Observation d'hystérie traitée et guérie par le sulfate de quinine, par le docteur Géry. 7° Sur un cas d'éclampsie très grave guéri par de nombreuses saignées.*

SUR DEUX CAS D'ÉPILEPSIE TRAITÉS PAR LA MÊME MÉTHODE AVEC  
UN SUCCÈS DIFFÉRENT, PAR LE DOCTEUR MICHEL DE BARBENTANE.  
(Février 1843.)

Il s'agit d'abord d'une jeune fille de quinze ans d'une beauté et d'une intelligence remarquables, vivant dans la misère, épileptique dès sa naissance, ayant cinq frères ou sœurs tous plus ou moins scrofuleux et épileptiques. Cette jeune fille avait trois accès par mois, toujours très intenses. Le traitement dura un mois. Pendant les cinq premiers jours, on prescrivit une pilule contenant 10 centigr. de musc et 10 centigr. de castoréum, puis les jours suivants 1 gramme

d'indigo, mélangé avec 1 gramme de valériane ou d'assa foetida, ou 50 centigr. de musc, incorporé dans du miel, à prendre en trois doses par jour. Plusieurs attaques incomplètes se montrèrent et semblèrent avorter. Au bout d'un mois cette enfant fut obligée de quitter l'hôpital : depuis lors elle n'a rien éprouvé. Aujourd'hui sa guérison paraît radicale.

La date de cette observation est du 7 novembre 1842 au 8 décembre. Elle a paru dans le n° de février 1843 du Bulletin de thérapeutique. En songeant qu'elle a dû être rédigée dans le courant du mois de janvier, on comprend que l'auteur s'est trop pressé en donnant comme exemple de guérison radicale ce qui peut n'être qu'une amélioration passagère.

Vient ensuite une observation d'une femme de cinquante-six ans, devenue épileptique, il y a six ans, à la suite d'une frayeur, et traitée par l'indigo sans aucun résultat. Enfin dans une troisième observation, il s'agit d'accidents nerveux mal définis. D. F.

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences de Paris.

Séance du 8 mai 1843.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'ÉDUCATION DES IDIOTS,  
PAR M. SÉGUIN.

La méthode proposée par M. Séguin repose sur ce principe, à savoir, que l'idiotie est une infirmité qui peut s'atténuer ou disparaître dans les conditions suivantes :

1° Développement et emploi du système musculaire par la gymnastique et divers travaux manuels appropriés à l'âge, au sexe, à la constitution, etc. ;

2° Épanouissement du système nerveux et des appareils sensoriaux par des exercices de chaque sens, qui en développent la sensibilité en régularisant les fonctions de perception ;

3<sup>e</sup> Mise en rapport de l'idiot avec le monde extérieur par ce que ce dernier a de plus sensible dans ses propriétés physiques;

4<sup>e</sup> Transition logique de ces notions aux idées par une théorie de l'écriture et de la lecture, qui a le mérite d'être simple et de reproduire toutes les phases par lesquelles l'homme a transmis sa pensée;

5<sup>e</sup> Enseignement de la parole aux muets par imbécillité, basé sur une gradation d'exercices mécaniques, au milieu desquels l'idiot se trouve entraîné à produire des sons et des articulations qui finissent par devenir intelligibles;

6<sup>e</sup> Pratique des rapports moraux que l'enfant devra établir avec ses semblables.

Séance du 15 mai.

#### RECHERCHES SUR LA VISION, PAR M. DE HALDAT.

Ce Mémoire contient la troisième partie d'un travail sur le mécanisme de la vision, dont le commencement a été publié en 1842.

M. de Haldat refuse à la cornée le rôle d'instrument condenseur, mais la considère comme la première partie, quoique la moins puissante, du système de réfraction, et comme avantageusement disposée par sa saillie pour recueillir plus abondamment les rayons obliques. L'iris est toujours un diaphragme qui proportionne son ouverture aux besoins de la vision sous l'influence de la lumière. Le cristallin est présenté comme l'agent principal dans la formation de l'image, qu'il peut seul produire avec toute la perfection désirable; mais son foyer trop court réunirait les images trop en avant de la rétine sans le concours de l'humeur vitrée, destinée à allonger ce foyer commun à raison de sa densité moindre et de la forme de la surface par laquelle elle reçoit les rayons lumineux. C'est un milieu réfringent, dont on peut d'ailleurs modifier la forme et diminuer le volume sans nuire à la pureté de l'image.

#### ACTION D'UNE PILE A DEUX COUPLES.

M. Ducros envoie une note dont nous extrayons le passage suivant :

L'action exagérée d'une pile voltaïque à deux couples dans un cas de paralysie à la suite de l'administration de la strychnine, ne doit pas être considérée, au dire de M. Matteucci, comme surprenante et nouvelle (voyez le tome II des *Annales méd.-psychol.*, pag. 428); l'explication et la théorie de ce phénomène et d'autres

analogues se trouvent dans le travail présenté par nous à l'Académie des sciences dans le courant du mois de janvier 1843, sur l'accélération de l'empoisonnement par la strychnine chez les animaux au moyen d'un courant d'électricité positive.

L'électricité galvanique employée après l'usage de la strychnine est capable d'exagérer les effets de cet alcali végétal, comme tous les agents excitateurs qui développent un excès de vie.

M. Ducros attribue à la colère un effet analogue à celui de l'électricité chez les personnes qui ont fait longtemps usage de la strychnine ; elle développe les propriétés électriques vitales, qui, ajoutées à celles que produit la strychnine, déterminent un véritable état convulsif.

Séance du 5 juin.

#### TICS DOULOUREUX.

M. Ducros envoie un travail sur les tics douloureux fronto-facial, temporo-facial, les migraines, instantanément arrêtés par l'ammoniaque au 25° degré appliquée à la voûte palatine, près des dents, au moyen d'un pinceau, de manière à déterminer un abondant larmolement.

*Commissaires* : MM. Andral, Rayet, Breschet.

Séance du 10 juillet.

#### NOTICE SUR LE NOMBRE D'ALIÉNÉS EXISTANT EN FRANCE, PAR M. MOREAU DE JONNÈS.

La plupart des statistiques publiées depuis quelque temps sur le nombre des aliénés dans les différents pays renferment des exagérations énormes, tantôt en plus, tantôt en moins, selon les bases défectueuses dont on s'est servi, et on a accueilli, reproduit et commenté avec trop de confiance des chiffres qui n'ont aucun fondement. Il n'existait en effet nulle donnée qui permît, en aucune façon, de porter le nombre des aliénés en France à 32,000.

C'est aujourd'hui seulement qu'on peut connaître ce nombre. L'investigation officielle qui en a donné les moyens a rencontré de très grandes difficultés. Elle comprend les aliénés existants dans les établissements publics, et ceux qui sont encore en dehors de ces établissements.

Elle en porte le nombre pour toute la France, par un terme moyen de huit recensements annuels et généraux, à 18,350 aliénés, ou, selon les époques, 1 sur 1,900 ou 2,000 habitants.

Les admissions nouvelles dans les hospices varient annuellement de 5,400 à 5,800 malades, ou 1 sur 6,000 habitants.

Les sorties par guérison ou évacuations d'hôpitaux montent à environ 3,000.

La mortalité est considérable ; elle est par an au maximum de 1,969 aliénés, et au minimum de 1,600 : c'est 9 à 10 individus par 100.

Sur 1,000 aliénés il y a :

221 idiots. . . .	ou 1 sur 3
442 épileptiques. .	ou 1 sur 10
667 fous. . . . .	ou 2 sur 3

Par un résultat diamétralement opposé à l'opinion qui veut que les causes morales aient une grande prépondérance sur la folie, ce sont les causes physiques qui déterminent le plus souvent l'aliénation mentale. Comparées aux causes morales, elles ont des effets plus étendus du double et au-delà. Sur 10 aliénés, il y en a 7 qui leur doivent la perte de leur raison, et 3 seulement dont l'état est attribué à des impressions morales.

Ce fait notable sort de l'observation de 10,000 individus, continuée pendant sept années, collection numérique qui n'a jamais été égalée en aucun pays.

La comparaison du nombre des aliénés à la population totale résulte d'une période de huit ans ; mais étendue sur une quantité double d'aliénés, elle donne, selon les années, la proportion de 1 insensé sur 1,900 ou 2,000 habitants.

C'est moitié moins que le nombre *supposé* jusqu'à présent.

Séance du 17 juillet.

M. Brierre de Boismont, pour répondre à la communication précédente de M. Moreau de Jonnés, adresse à l'Académie une lettre dont voici la substance :

Les hommes les plus éminents dans notre art ont toujours proclamé la prédominance des causes morales sur les causes physiques. Pinel a constaté que sur un nombre donné de malades, 464 avaient perdu la raison par causes morales, et 249 par causes physiques. Esquirol, M. Parchappe, ont obtenu des résultats tout aussi concluants.

Mais si les causes morales sont plus fréquentes que les causes physiques, le nombre des aliénés doit être plus considérable dans les pays où les excitations cérébrales sont très multipliées. Ainsi,

pour ne parler que de la France, l'évaluation officielle de 18,350 aliénés ne repose que sur des documents incomplets, et est bien loin de donner le chiffre réel de cette maladie.

Il y a en effet un nombre considérable d'aliénés qui sont encore libres, et il est bien probable que si on avait le nombre exact des aliénés de chaque département, le chiffre total pour la France ne serait guère inférieur à 30,000.

A l'occasion de cette lettre, M. Moreau de Jonnés écrit qu'il persiste dans son opinion, et que les chiffres qui exprimeraient comme on le croit le nombre des aliénés existants en Angleterre, en Belgique et ailleurs, n'ont point une origine authentique, et que le recensement, qui seul aurait pu la donner, n'a jamais eu d'exécution dans ces pays.

Séance du 7 août.

M. Moreau de Jonnés donne quelques développements à la statistique qu'il a présentée dans la séance du 10 juillet.

Voici le tableau des causes qui ont produit l'aliénation mentale dans 10,111 cas. On a éliminé ceux dans lesquels les causes étaient ou douteuses ou inconnues.

Causes physiques.	Nombre d'aliénés.	Nombre sur 1,000.
1° Idiotisme. . . . .	2,234 . . .	321
2° Épilepsie. . . . .	1,137 . . .	162
3° Ivrognerie. . . . .	792 . . .	114
4° Irritation excessive. . .	655 . . .	94
5° Caducité. . . . .	541 . . .	78
6° Misère. . . . .	329 . . .	47
7° Onanisme. . . . .	293 . . .	42
8° Fièvre, phthisie. . . .	245 . . .	35
9° Excès de travail. . . .	176 . . .	25
10° Coups et blessures. . .	154 . . .	22
11° Autres causes. . . .	408 . . .	59
<b>Total. . . . .</b>	<b>6,964</b>	<b>1,000</b>

  

Causes morales.	Nombre d'aliénés.	Nombre sur 1000.
1° Chagrin. . . . .	1,186 . . .	377
2° Amour et jalousie. . .	767 . . .	224
3° Religion mal entendue. .	471 . . .	150
4° Ambition. . . . .	314 . . .	100
5° Orgueil. . . . .	291 . . .	92
6° Politique. . . . .	118 . . .	37
<b>Total. . . . .</b>	<b>3,147</b>	<b>1,000</b>

Causes physiques. . .	6,964 . .	688,8
Causes morales. . .	3,147 . .	311,2
<hr/>		
Total. . .	10,111 . .	1000,0

En résumé, sur 10 aliénés dont l'état a pour origine des causes physiques, il y en a

6 ou 7 dont les facultés mentales sont oblitérées par les vices naturels ou acquis de leur constitution ;

1 est devenu fou par des circonstances accidentelles ;

1 autre par suite de maladies très diverses ;

Et le dernier par libertinage ou par ivrognerie.

Sur 10 aliénés dont l'état a pour origine des causes morales,

4 sont fous par l'effet de quelques uns des chagrins dont la vie est semée ;

2 à 3 par un amour désappointé, jaloux ou frénétique ;

1 à 2 par exaltation religieuse ;

Et 2 par ambition ou par orgueil.

### Académie royale de Médecine.

Séance du 11 avril 1843.

#### HYDROPHOBIE RABIQUE.

M. Dupuy fait un rapport sur un travail communiqué à l'Académie par le docteur Garreau de Cambo ( Basses-Pyrénées ), intitulé : *Observation d'hydrophobie rabique.*

L'auteur de ce travail rapporte l'histoire d'un sujet mordu par un chien enragé, et chez lequel il a prévenu le développement de la rage par la cautérisation des plaies résultant de la morsure.

A cette occasion, M. Dupuy dit que l'hydrophobie n'est pas le signe pathognomonique de la rage, qu'elle manque dans des cas où la rage existe d'ailleurs d'une manière incontestable.

M. Dupuy termine son rapport par les conclusions suivantes : il demande 1° que l'auteur du travail qui vient d'être l'objet de ce rapport soit porté sur la liste des candidats au titre de membres correspondants de l'Académie ; 2° que son travail soit renvoyé au comité de publication ; 3° que le conseil d'administration ait à s'occuper de la proposition relative à l'extinction de la rage.

MM. Renault, Dupuy, Barthélemy, Rochoux, Moreau, Breschet et Bérard engagent une discussion de laquelle il résulte :

1° Que l'hydrophobie n'est point un symptôme constant de la rage ;

2° Que jusqu'à présent on ne connaît pas d'autre moyen de guérir la rage que la cautérisation ;

3° Que les vésicules sublinguales signalées par M. Marochetti, chez les animaux enragés, n'ont été vues par aucun autre observateur ;

4° Que la transmission de la rage est assez rare des herbivores aux herbivores et aux carnivores, qu'elle est au contraire très fréquente des carnivores aux herbivores.

Les deux premières conclusions du rapport de M. Dupuy sont adoptées, la troisième est rejetée.

#### INFLAMMATION LOCALE DE L'ARACHNOÏDE CÉRÉBRALE.

M. *Gintrae*, professeur de clinique interne à l'école préparatoire de médecine de Bordeaux, lit une observation dont le sujet est un garçon d'écurie, âgé de quarante-deux ans, qui, par suite d'une chute sur la tête chargée d'un sac d'avoine, eut des symptômes de commotion cérébrale et de méningite. Après deux mois, cet individu succomba, et l'on trouva une inflammation intense du feuillet de l'arachnoïde qui tapisse la face interne de la dure-mère. Le tissu séreux s'était épaissi, était devenu très rouge et se détachait aisément de la membrane fibreuse. Il y avait, en outre, chez le même sujet un abcès dans le thorax et une affection cancéreuse de l'estomac.

La pièce est mise sous les yeux de l'Académie.

MM. *Martin-Solon* et *Blandin* pensent qu'il ne s'agit point ici d'un véritable épaississement de l'arachnoïde, mais qu'il y a une fausse membrane, qu'il est difficile du reste de séparer de la séreuse.

MM. *Rochoux* et *Huzard* combattent cette assertion, et soutiennent que les membranes séreuses peuvent s'épaissir.

Séance du 25 avril.

#### INCUBO VIGIL.

M. *Virey* fait un rapport sur un mémoire de M. Giovanni Miscò, médecin et membre de l'Académie de médecine de Palerme, relativement à un cas d'incube éveillé (incubo vigil).

Il s'agit, dans cette observation, d'une femme qui, à la suite d'un abcès au cou qui avait déterminé des lésions assez considérables dans le larynx, éprouva une dyspnée intense, de la suffocation, et puis des accidents, tels qu'une sensation de suffocation accompagnée de la vision d'un être fantastique, d'un fantôme ou démon



qui se couchait sur sa poitrine. Ce qu'il y avait de particulier dans ces phénomènes, c'est qu'ils se produisaient pendant la veille. M. Misco, ayant cru reconnaître à ces symptômes cette affection très rare connue sous le nom d'incube, prescrivit divers moyens qui restèrent sans effet; la malade continuait toujours à voir et sentir des spectres qui l'étouffaient; et, ces sortes d'accès se rapprochant de plus en plus, elle succomba. A l'autopsie, on trouva une turgescence assez considérable dans les vaisseaux du cerveau et de la moelle, mais sans lésion notable de ces organes, et des désordres assez graves dans le larynx. L'auteur pense que la congestion des organes cérébro-spinaux a dû être déterminée par la lésion des organes respiratoires.

Le rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur, et de déposer son travail aux archives.

M. Ollivier (d'Angers) pense qu'il s'agit d'une phthisie laryngée chez une femme très nerveuse.

M. Londe croit tout bonnement que cette femme était folle.

M. Dubois (d'Amiens) partage cette dernière opinion.

#### ALIÉNATION MENTALE.

M. Delasiauve lit un travail intitulé : *Considérations sur l'aliénation mentale.*

Commissaires : MM. Collineau, Ferrus et Falret.

Séance du 11 juillet.

#### TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS PAR LE CAUTÈRE ACTUEL.

M. Voisin lit un mémoire *Sur l'emploi du cautère actuel à la nuque dans la paralysie générale des aliénés.*

Ce mémoire renferme dix observations dans lesquelles ce moyen a été employé. Une fois seulement, il a été sans efficacité. Dans les neuf autres cas, une amélioration plus ou moins notable s'est fait sentir aussi bien dans les facultés intellectuelles que dans la sensibilité et la motilité.

M. Voisin dit que, pour être fidèle à ses habitudes de probité, il doit reconnaître qu'il a été invité à user de ce moyen par le succès obtenu par M. Falret sur une aliénée de la Salpêtrière.

Ce travail est renvoyé à la commission chargée d'examiner le traitement employé par M. Voisin sur les enfants idiots. (Voyez le tome I des *Annales méd.-psych.*, p. 502.)

Séance du 18 juillet.

## APOPLEXIE MÉNINGÉE.

M. *Rochoux* lit un rapport sur deux observations d'apoplexie méningée communiquées par M. Prus.

Conclusions : Approbation pleine et entière donnée à ce travail ; renvoi au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées après une courte discussion.

## INTELLIGENCE AU MOMENT OU ELLE ENTRE EN ACTION.

Sous ce titre, M. Gerdy lit la première partie d'un mémoire qui semble être la réfutation de la célèbre description de Buffon des impressions du premier homme au moment de la création.

Séance du 8 août.

## DÉLIRE AIGU.

M. *Bricheteau* lit un rapport sur un mémoire de M. Brierre de Boismont, intitulé : *Du délire aigu*.

Vingt observations servent de base à ce travail et ont permis à l'auteur d'étudier mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors l'étologie, la symptomatologie, l'anatomie pathologique et le traitement du délire aigu. En résumé, dit le rapporteur, le travail de M. Brierre de Boismont est une monographie complète et savante, et votre commission vous propose d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. *Rochoux* : Le *delirium tremens*, dit M. Brierre de Boismont, est très difficile à distinguer du délire aigu, soit ; mais entre difficile et impossible la distance est immense. Il est des praticiens par qui ce diagnostic est toujours porté avec certitude. Le délire, quoique tenant toujours à des causes physiques, est cependant lié, dans la plupart des cas, à des conditions qui échappent à nos moyens actuels d'observation.

M. *Rochoux* revient sur l'opinion qu'il a émise dans la séance du 11 avril, et soutient de nouveau que dans l'inflammation, les séreuses peuvent augmenter d'épaisseur.

M. *Martin-Solon* et plusieurs autres membres pensent que les membranes séreuses ne participent à l'inflammation que par les fausses membranes qui se forment à leur surface.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

---

**BIBLIOGRAPHIE.**

---

**OBSERVATIONS**

OF THE

**ADMISSION OF MEDICAL PUPILS**

TO THE WARDS OF BETHLEM HOSPITAL,

FOR THE PURPOSE OF STUDYING MENTAL DISEASES.

**BY D<sup>r</sup> JOHN WEBSTER,**

One of the directors (1).

---

A la fin du siècle dernier et au commencement du présent, quelques hommes d'élite, poussés à la fois par des motifs d'humanité et par le désir de faire avancer la science, ont repris la question des maladies mentales. Tout le monde sait que c'est à la France qu'appartient l'initiative des progrès dans la connaissance de ces affections si graves. Avant Pinel, les doctrines médicales sur la folie étaient remplies d'obscurité et de confusion; les malheureux aliénés, victimes de l'ignorance du siècle et des préjugés qui avaient pris la place des notions scientifiques, étaient plongés dans la plus profonde misère et l'abandon le plus complet.

En parcourant les établissements d'aliénés, Pinel avait été frappé de cette misère et de cette dépravation. Les affections mentales occupaient à peine une place dans les cadres nosologiques, et leur classification incorrecte et fautive prouvait que jamais l'observation ni une analyse sévère n'avaient passé par là. Partout le traitement de la folie était confié à des gens étrangers à l'art et imbus de préjugés déplorables au sujet des aliénés. Pinel a eu la gloire de relever aux yeux de la société ces malheureux, et de faire rentrer dans le domaine de la science l'étude et le traitement de l'aliénation mentale. Cet homme illustre a détruit beaucoup de préjugés : les a-t-il

---

(1) Observations sur l'admission des élèves en médecine dans les salles de l'hôpital de Bethlem, dans le but d'étudier les maladies mentales; par le docteur John Webster, l'un des directeurs. 3<sup>e</sup> édition.

tous détruits ? Nous ne le pensons pas... M. Esquirol, le digne continuateur de l'œuvre de Pinel, avait popularisé l'étude des maladies mentales : l'Europe tout entière est peuplée d'hommes distingués qui ont puisé dans les leçons de l'illustre professeur les vrais principes de l'observation, de l'analyse des symptômes et du traitement des différentes espèces de folie, et qui prononcent encore avec respect un nom si cher à la science et à l'humanité ; M. Webster lui-même retrace avec complaisance ses souvenirs de la Salpêtrière, d'Ivry et de Charenton ; il rend hommage au zèle et au génie du professeur parisien. Dans la précédente édition de sa brochure, il écrit encore que les choses n'ont pas changé ; il offre à son pays l'exemple des institutions françaises comme étant les seules propres à favoriser les progrès de la science dans la question qui nous occupe. Enfin, en vrai insulaire, il s'indigne de voir son pays, sous ce rapport, à la remorque des peuples du continent !

Nous avons enfin un corps de doctrines, un ensemble de connaissances raisonnées, quelques principes bien établis dont l'application fournit tous les jours des résultats satisfaisants, et dont l'importance devient très frappante si on les compare avec l'absence totale de guérisons qui avaient lieu avant la réforme grande et généreuse due aux travaux de nos deux célèbres compatriotes.

Un certain nombre de médecins savants et consciencieux conservent dans nos hôpitaux le dépôt précieux de la tradition ; ils observent ou ils méditent sans relâche les symptômes variés et la marche curieuse des maladies mentales. Chaque jour des guérisons nombreuses viennent couronner leurs efforts. Quelques uns d'entre eux, poussés par une noble émulation, s'efforcent de répandre les lumières qu'ils possèdent ; et cependant les générations médicales passent et se succèdent sans prendre part à ce trésor de connaissances pratiques qu'il est si utile de posséder dans l'exercice journalier des fonctions médicales. Où est la cause de cette indifférence ? comment se fait-il que la masse des médecins ignore absolument la nature de la folie et les moyens d'y remédier ? Telles sont les questions et plusieurs autres très importantes encore qui font l'objet de la brochure du docteur Webster. Il résulte, en effet, des remarques de ce médecin distingué, l'un des directeurs de l'hospice de Bethlem, qu'en Angleterre, comme en France, la question de l'enseignement de l'aliénation mentale, après avoir été envisagée d'un point de vue véritablement philosophique et philanthropique, a été obscurcie, et son application entravée par des erreurs et des préjugés.

En Angleterre, il y a un grand nombre d'aliénés qui sont traités dans leurs familles : on ne peut donc évaluer d'une manière cer-

taine leur nombre absolu et relatif. Cependant, en consultant les statistiques, le docteur Webster en a trouvé une proportion considérable : il résulte de ses recherches que l'Angleterre, et surtout l'Écosse, sont, avec la Norvège, les pays où il se rencontre le plus d'aliénés. Après ces deux pays, la France doit être placée au second rang; viennent ensuite l'Allemagne, l'Italie et l'Espagne. En Angleterre, le nombre des aliénés et des idiots est de 20,000. Mais en Écosse la proportion est beaucoup plus forte : il y a un aliéné pour 573 habitants. D'après le rapport d'une commission expresse, il y avait à Londres en 1841 2,490 aliénés en traitement dans les établissements publics. Au mois de juin 1842, l'hospice d'Innswell renfermait 960 individus affectés d'aliénation mentale ou d'idiotie, 360 à l'hospice de Bethlem, 220 à Saint-Luc; et dans l'asile du comté de Surrey, près de Wendsworth, il y en avait à peu près 300; ce qui fait un total de 4,332 dans la métropole et ses environs. Ces faits importants nous prouvent la fréquence de la folie dans toutes les classes de la société en Angleterre, et la nécessité impérieuse de donner aux jeunes médecins toutes les facilités possibles d'acquérir une connaissance approfondie de cette déplorable maladie, et des moyens propres à la traiter avec succès.

En effet, il n'arrive que trop souvent qu'un médecin praticien rencontre dans les familles dont il possède la confiance des individus affectés de manie. Si ce médecin n'a jamais fait d'études pratiques sur le sujet qui nous occupe, rien de plus embarrassant que la conduite qu'il devra tenir; s'il ne reconnaît pas la maladie à ses premiers symptômes, il est exposé à lui laisser prendre de l'empire; et, par un défilé prolongé, à rendre la guérison impossible. Les annales de la science sont remplies de faits qui prouvent que beaucoup de formes d'aliénations mentales étant traitées convenablement au début, peuvent être influencées d'une manière favorable ou même être guéries radicalement. Si, au contraire, un médecin sans expérience, trompé par des apparences dont il ne connaît pas la valeur, croit devoir considérer comme aliéné un malade confié à ses soins, il commence par négliger le traitement des accidents qu'il observe, et trop souvent il arrive que son ignorance cause au malade la perte de sa liberté, l'isolement de la société, de ses parents, de ses amis; il peut arriver qu'un malade, soustrait ainsi violemment à ses habitudes, et déjà prédisposé d'une manière fâcheuse par une affection antérieure, perde entièrement l'usage de sa raison. Cette fâcheuse ignorance de la part du médecin peut donc avoir les plus graves conséquences pour le malade et sa famille. Lorsqu'un magistrat reçoit une demande d'admission dans

un asile d'aliénés, la loi requiert un certificat du médecin qui constate l'état de l'intelligence du sujet. Dans beaucoup de cas, les tribunaux nomment une commission *de lunatico inquirendo*. C'est alors qu'indépendamment des hommes spéciaux, et souvent dans les provinces on ne peut avoir recours à eux, le médecin habituel de la famille est appelé en témoignage. Alors de deux choses l'une : ou bien le médecin est obligé de décliner une responsabilité qui pèse de droit sur lui, ou bien il y a une lutte entre son amour-propre et sa conscience. Ces deux positions sont essentiellement vicieuses, et elles sont une honte au corps médical ; elles coûtent un préjudice très grave aux intérêts des malades. Il est temps qu'une irrégularité semblable disparaisse. Enfin, il est beaucoup de circonstances où il n'y aurait aucun inconvénient, où il y aurait même avantage à traiter les malades dans leurs familles. Alors le médecin habituel, s'il possède les connaissances nécessaires, est l'homme qui, par ses rapports antécédents, est le plus propre à trouver et à appliquer tous les moyens qui peuvent être mis en usage pour soulager ou pour guérir.

D'ailleurs on consacre beaucoup de temps et de travail à étudier toutes les maladies autres que la folie. Pourquoi n'accorderait-on pas une part d'attention à ces déplorables maladies qui détruisent en quelque sorte l'existence morale de nos semblables, tout en épargnant la vie physique et ses merveilleuses fonctions ?

Il est donc urgent pour les malades, pour la société et pour le corps des médecins qu'un enseignement régulier soit établi pour l'aliénation mentale.

Eh bien, malgré l'importance reconnue de ces études, malgré le désir mille fois exprimé par les médecins, il n'existe à Londres aucun moyen de satisfaire ce vœu et même ce devoir. L'étude de la folie ne figure pas dans le programme officiel des études, l'entrée des hospices d'aliénés est fermée aux étudiants, et ce n'est qu'à prix d'argent que quelques jeunes gens favorisés par leur fortune parviennent à en obtenir l'accès. A peine est-il fait mention de la folie dans les cours de médecine légale, et il n'y a dans tout Londres qu'un seul professeur, sir Alexandre Morison, de Cavendish-Square, qui s'adonne à cet enseignement spécial. Un professeur particulier, privé des moyens de faire des applications cliniques de la théorie qu'il expose, forme donc après tout la seule source d'instruction pour les élèves dans une grande cité où tous les éléments abondent.

Sir William Ellis, d'honorable mémoire, a dit dans un ouvrage publié récemment : « C'est une absurdité complète de croire qu'on peut apprendre par intuition le traitement de la folie. » Il faut

beaucoup d'études pour connaître la nature de cette maladie, et on ne saurait apporter trop de soin dans le diagnostic des formes infiniment variées qu'elle affecte. Or il n'y a que l'étude clinique dans les hôpitaux qui puisse procurer cette connaissance et l'expérience indispensable au médecin praticien.

Les directeurs des établissements d'aliénés objectent que la présence d'étrangers dans l'hôpital de Bethlem, pendant les visites des médecins, pourrait occasionner du trouble, de l'excitation, et produire des effets fâcheux sur les malades, surtout sur les femmes. Sans doute s'il en résultait une foule considérable à toute heure et sans ordre, il en résulterait des conséquences nuisibles pour les malades; mais, dans la grande majorité des cas, il n'y aurait aucun inconvénient grave à permettre aux élèves de suivre les visites des médecins. Dans les hôpitaux, malgré l'acuité et la gravité énorme de certaines maladies, on n'empêche pas les étudiants de s'approcher du lit des malades en compagnie du médecin pour y faire des études cliniques et apprendre la pratique des opérations. Personne jusqu'ici n'a songé aux inconvénients attachés à cette coutume. En effet, il n'y en a aucun pour les malades, et il y a tout avantage pour la société et pour le corps médical à accorder aux jeunes médecins la facilité de compléter leur éducation et d'acquérir une expérience pratique qui est un bienfait pour la société.

Malgré la répugnance des directeurs pour l'admission des élèves auprès des aliénés, dans le but d'étudier leurs maladies, ils ne paraissent pas disposés à mettre un terme à un abus qui est en contradiction évidente avec les principes de ces messieurs. Un certain nombre d'étrangers entre chaque jour dans l'hospice de Bethlem, pour en visiter l'intérieur, et il suffit pour cela d'une permission accordée par un personnage haut placé. Le directeur lui-même peut, si bon lui semble, conduire à toute heure du jour, dans toutes les divisions, des visiteurs de sa connaissance, dont le seul but est une vaine curiosité. Pendant longtemps une visite à Bethlem (ancien hospice de fous, situé à Moorfield) était considérée comme une partie de plaisir; on payait un penny à la porte, et telle était l'affluence du public, qu'à la fin d'une année on a évalué à 400 livres sterling (10,000 francs) le montant des rétributions ainsi perçues, et à 90,000 le nombre des visiteurs. Arrêtons-nous de le dire, ce dernier abus n'existe plus depuis longtemps. Amettons pour un instant que les portes des hôpitaux fussent fermées aux élèves, que deviendrait la médecine comme science et comme profession? Eh bien, ce qui est vrai au point de vue général est également vrai au point de vue particulier qui nous occupe. Il est impossible de trouver une raison

qui puisse soutenir le principe d'exclusion adopté par l'administration pour les hôpitaux d'aliénés; nous voyons, d'autre part, continue le docteur Webster, ce principe lui-même violé chaque jour pour favoriser une sotte curiosité. Cette manière d'agir est évidemment contraire au bon sens, aux intérêts des malades et à ceux de la société.

Nous sommes bien loin de penser qu'une admission judicieuse des élèves et des jeunes gens qui sont sur le point de terminer leurs études, dans les salles de l'hôpital de Bethlem, causerait des préjudices aux malades. Nous pensons, au contraire, qu'en adoptant des mesures sages, on pourrait trouver dans les visites un grand avantage pour les aliénés. La présence de ces jeunes gens studieux et bienveillants, à des heures régulières, accompagnés du médecin, tendrait à corriger leurs idées fausses, à les distraire de pensées fixes et funestes; elle les mettrait en contact avec le monde extérieur, avec un monde pour ainsi dire choisi exprès pour eux; leur intelligence et leur imagination trouveraient dans cette société des éléments admirablement préparés pour produire d'heureux effets. Et ce que j'énonce ici sous la forme d'un principe n'est pas une pure théorie. En Autriche, tous les asiles d'aliénés sont des hôpitaux d'instruction. En France, et dans d'autres pays encore, les élèves ont été admis librement auprès des aliénés. J'ai vu le célèbre Esquirol parcourir les salles de la Salpêtrière, accompagné de cinquante jeunes gens, avec l'ordre le plus parfait, interroger chaque malade, s'arrêter pour étudier, pour analyser avec ses élèves les symptômes et les formes de chaque affection, pour faire remarquer les effets du traitement. Rien de mieux ordonné que les visites de chaque jour, où Esquirol réalisait sans effort ce que l'on considère aujourd'hui comme impossible. Il était parvenu par les moyens les plus simples à concilier le bien-être des malades avec l'instruction des jeunes médecins. Ce que je raconte ici, cent autres l'ont vu. Tous ceux qui ont visité les hôpitaux de Paris peuvent l'attester. Le docteur Combe, membre du conseil médical de l'hospice royal des aliénés d'Edimbourg, écrivait dernièrement: « Non seulement les malades n'éprouvent aucun préjudice de l'admission des élèves, mais encore il y a » a avantage pour eux, ce n'est plus seulement une conjecture. J'eus » la bonne fortune d'assister à la première leçon de clinique faite » par le célèbre Esquirol, sur la folie, à la Salpêtrière, au prin- » temps de 1819. Je craignais de voir de la confusion et du bruit, » car on avait laissé entrer un grand nombre d'élèves qui suivaient » le professeur au lit des malades avant la leçon. M. Esquirol ne » prenait d'autre précaution que celle d'entrer avec deux ou trois



« élèves seulement dans les cellules des malades agitées. Au lieu  
 « d'être excitées, les malades paraissent éprouver un plaisir calme  
 « et un intérêt marqué. Pendant trois mois, je n'ai pas vu un seul  
 « exemple d'agitation. Au contraire, un grand nombre de malades  
 « attendaient la visite, elle leur causait de la satisfaction. Les ma-  
 « nières affables et la bonté du professeur, imitées par les élèves,  
 « avaient manifestement pour effet d'adoucir et de calmer les esprits.  
 « Ce n'étaient plus des visiteurs ignorants et curieux qui se seraient  
 « arrêtés devant un aliéné à le considérer comme on considère une  
 « bête rare. A Ivry, à Charenton, mêmes procédés, mêmes effets.»

Sans doute on devra mettre des restrictions et régler l'accès des élèves auprès des malades. Ainsi nous admettons que certains aliénés, certaines femmes irritables doivent être isolés du public. Mais c'est là une exception assez rare. On pourrait également partager le nombre des élèves en plusieurs divisions; on pourrait n'admettre que ceux qui ont déjà acquis un certain degré d'instruction. De cette manière les malades et les étudiants s'en trouveraient mieux. Mais on n'a pas à craindre une trop grande influence de monde; jamais les élèves ne seront assez nombreux pour encombrer tous les hospices d'aliénés.

M. Webster développe longuement plusieurs principes, tels que le degré de liberté qu'il faut laisser aux aliénés, le travail manuel, la distribution et les jeux; il prouve par des exemples tirés de l'observation journalière des faits, qu'on doit le plus possible donner le change aux aliénés sur leur position; qu'il faut même les envoyer au-dehors des établissements, soit pour travailler, soit pour se promener ou se distraire. Le médecin en chef de l'hospice d'aliénés de Gloucester a porté fort loin l'application de ces principes, et les résultats de ces mesures sages et hardies ont été très satisfaisants, comme le prouve l'extrait suivant du rapport de la commission déléguée en 1841 pour inspecter cet établissement.

« Les bals et autres amusements dans les asiles d'aliénés ont beau-  
 « coup étonné le public depuis quelque temps. Dans l'hospice de  
 « Gloucester on a toujours favorisé la danse, les dîners-fêtes, les  
 « soirées, suivant les convenances et l'opportunité, de même que  
 « les promenades dans la campagne. Les concerts dans l'intérieur  
 « et la présence des aliénés dans les fêtes publiques, sont si sou-  
 « vent accordés, que dans cet asile c'est plutôt un usage habitue  
 « qu'une exception qui doive étonner. Notre supérieur s'efforce tel-  
 « lement de faire sentir aux malades qu'ils appartiennent encore à  
 « la grande famille humaine, et qu'ils n'en sont séparés que pen-  
 « dant un temps pour leur santé, qu'il encourage un grand nombre

« d'entre eux à remplir leurs devoirs religieux, le dimanche, dans les  
 » églises de la ville et des environs : il engage ceux qui sont en état  
 » de sortir de la maison à faire des promenades dans les campagnes  
 » environnantes. Quant à ceux qui ont le désir et le pouvoir de tra-  
 » vailler, il en emploie le plus qu'il peut au-dehors, à différents  
 » travaux ; il fait ainsi cultiver vingt acres de terre. Aucun de ces  
 » aliénés ne tente de s'échapper ; l'affection qu'ils portent au méde-  
 » cin suffit pour les retenir. »

M. Webster cite encore Bicêtre comme exemple, et il paie un juste tribut d'éloges au zèle de MM. Ferrus, Voisin et Mallon, qui ont bien voulu l'accompagner à la ferme Sainte-Anne, véritable modèle à proposer pour les institutions du même genre.

Le médecin anglais se félicite également d'avoir pu pénétrer dans le lieu où MM. Leuret et Rochoux exercent tous les jours leur zèle et leur talent.

M. Webster a également visité Charenton, sous les auspices et dans la compagnie de M. Foville, l'un des médecins les plus distingués qui se sont occupés de l'aliénation mentale. En passant par Rouen, M. Webster a constaté l'importance et la bonne administration de l'hospice Saint-Yon. M. Parchappe lui a donné les plus grands détails sur la statistique et sur le traitement des malades admis dans l'établissement. Il a assisté aux visites journalières, et il a été témoin d'une grande fête musicale et dramatique, à laquelle un grand nombre d'aliénés des deux sexes ont pris part, soit comme acteurs, soit comme spectateurs, en présence d'un public d'artistes et de gens du monde. Beaucoup de malades ont donné des signes manifestes de plaisir et d'émotion très raisonnables, et pas un d'entre eux n'a éprouvé le moindre effet qui puisse donner matière à une objection contre l'usage de procurer aux aliénés des distractions et du plaisir. Ce qui a surtout frappé l'attention du médecin anglais, c'est le bon ordre établi dans le service et le soin qu'on a pris de donner à chaque aliéné une occupation en rapport avec ses aptitudes ou la position qu'il avait occupée dans la société avant sa maladie. Le goût pour la lecture qu'on a inspiré aux malades de Saint-Yon prouve encore en faveur du discernement et de la sollicitude du médecin et du directeur à l'égard des infortunés confiés à leurs soins.

Le nombre des guérisons effectuées dans les établissements publics est très considérable. Ainsi dans l'hôpital Saint-Luc la proportion a été en 1841 59 1/5 pour 100, et en 1842 elle a été 64 pour 100 admissions. A Bethlem, où on renferme les criminels aliénés, on a guéri seulement 59 malades sur 100 ; mais à Gloucester la pro-

portion a été 62 pour 100. M. Webster tire de ces résultats un argument puissant en faveur des établissements publics, et il regrette qu'il n'y ait dans Londres aucun asilé public pour les aliénés appartenant aux classes moyennes et élevées de la société. Il regarde ces institutions comme préférables aux maisons particulières, à moins que celles-ci ne s'en rapprochent par leur importance et par leur organisation. L'ordre qui règne dans un hospice, la surveillance des médecins et des employés, sont des conditions très avantageuses pour les malades. La réunion d'un grand nombre d'aliénés, lorsqu'ils sont convenablement classés, paraît exercer aussi une influence salutaire : c'est une espèce de société ; et on a remarqué que, dans les établissements considérables, les suicides sont très rares. Du 31 décembre 1822 au 1<sup>er</sup> juillet 1842, on a reçu à Saint-Luc 4,245 aliénés, et sur ce nombre considérable il n'y a eu que 5 cas de suicide. Le nombre des décès n'a pas dépassé 216, c'est-à-dire une proportion de 5 pour 100.

Les inspecteurs délégués par l'autorité ont été également frappés de ces résultats heureux, et ils engagent fortement le public à en profiter. Il paraît prouvé par l'expérience que parmi les personnes qui ont été soumises à un traitement approprié pendant les trois premières semaines de la maladie, neuf sur dix ont été renvoyées guéries.

À Aberdeen, il existe un établissement pour les aliénés de toutes les classes qui ont le moyen de payer. Malgré le prix modéré de la pension (les gens peu aisés ne paient que 15 liv. sterl., c'est-à-dire 375 fr. par an), cette maison est en voie de prospérité. Des institutions semblables existent à Dumfries, à Dundee, et un grand nombre de malades appartenant à de bonnes familles y sont traités.

M. Webster, pendant le voyage qu'il a fait à Paris en 1841, y a étudié avec soin l'organisation des établissements d'aliénés. Il a parcouru successivement Charenton, la Salpêtrière, Bicêtre et plusieurs maisons particulières. Il remercie MM. Foville, Mitivié, Falret, Voisin, et surtout M. Ferrus, de la bienveillance avec laquelle ils ont facilité ses recherches. La question de l'enseignement préoccupait surtout le médecin anglais. Après avoir rappelé les leçons d'Esquirol et de M. Ferrus, il fait une mention spéciale du cours qu'il a trouvé établi à la Salpêtrière par M. Baillarger.

Le conseil général des hôpitaux avait décidé que le directeur de la Salpêtrière assisterait à ce cours, et lui rendrait compte de l'impression produite sur les malades par la vue des élèves. M. Webster a obtenu de l'administration ce compte-rendu, qu'il cite textuellement comme la meilleure réponse aux objections qui ont été faites

« l'enseignement des maladies mentales. » Cinquante ou soixante auditeurs, dit le directeur de la Salpêtrière, assistaient aux leçons de M. Baillarger. Tout s'est passé dans l'ordre le plus parfait et avec la plus entière convenance. Les malades n'ont pas paru éprouver la moindre impression fâcheuse en se trouvant en présence du public. Elles n'ont d'ailleurs eu avec les élèves aucune communication directe. En un mot, je puis affirmer que, grâce aux précautions prises par le conseil, et à la prudence du professeur, les leçons de M. Baillarger ont été profitables à la science, sans produire aucun effet fâcheux sur celles des malades qui ont été appelées à paraître devant les auditeurs. »

Ce témoignage d'un membre de l'administration ne saurait être suspect, et restera en effet comme le meilleur argument à opposer aux objections si souvent renouvelées contre l'enseignement clinique de la folie. Le médecin anglais ajoute d'ailleurs que, dans le cours de M. Baillarger, les élèves n'étaient point admis à parcourir les dortoirs. Un certain nombre de malades, choisies à l'avance, étaient successivement amenées dans la salle où se faisait la leçon, et interrogées devant les élèves par le professeur, qui faisait ensuite ressortir les particularités de cet examen, et les enseignements pratiques qu'il pouvait fournir.

Au docteur Webster appartiendra l'honneur d'avoir obtenu en Angleterre l'établissement de l'enseignement clinique des maladies mentales. Un arrêté des directeurs de l'hospice Saint-Luc, provoqué par le mémoire et les actives démarches de M. Webster, a en effet définitivement autorisé l'enseignement clinique de la folie. C'est M. le docteur Sutherland fils qui a été chargé de cet enseignement.

A. BELIN,

Interne des hôpitaux de Paris.

---

## RAPPORT SUR L'ASILE DES ALIÉNÉS DE TOURS,

PAR M. CHARCELLET,

Ex-médecin de l'hospice, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Tours.

---

En même temps que la réforme des établissements d'aliénés se poursuit avec activité, les bienfaits de cette réforme commencent à se révéler sur beaucoup de points. Avec des établissements qui

satisfont mieux aux règles de l'hygiène, avec des soins plus assidus et plus éclairés, partout on voit s'établir l'ordre, le calme, le travail; partout en même temps que la population des malades augmente, s'accroît la proportion relative des guérisons.

L'hospice des aliénés de Tours est un de ceux dont Esquirol a tracé le plus sombre tableau; des cabanons grillés, obscurs et infects, au fond desquels s'agitaient sur un pen de paille les aliénés à peine vêtus; de lourdes chaînes fixées au mur et destinées à maintenir les plus agités; les malades entassés, confondus dans un espace étroit et malsain, etc..., tel était l'affligeant spectacle qu'offrait, il y a quelques années encore, l'hospice de Tours.

Dieu merci, tout cela aujourd'hui est bien changé. En lisant le remarquable rapport de M. Charcellet, en examinant le plan qui l'accompagne, nous avons pu mesurer toute la distance qui sépare le présent du passé, et apprécier tout ce qu'ont produit les efforts d'une administration éclairée, et d'un médecin habile et plein de zèle.

Aujourd'hui, sans contrainte dans leurs mouvements et jouissant d'une liberté presque entière, les malades respirent à l'aise dans diverses cours plantées d'arbres. Les cellules sont saines et revêtues de boiseries à l'intérieur; les dortoirs spacieux et bien éclairés; les réfectoirs propres et commodes, etc.

Le rapport de M. Charcellet est particulièrement intéressant par cette comparaison qu'il permet de faire du passé et du présent. L'auteur est, en effet, remonté dans les tableaux statistiques qu'il donne jusqu'à 1816; de sorte que ces tableaux comprennent plus de vingt années, pendant lesquelles les aliénés n'étaient soumis à aucun traitement régulier.

Voici d'abord pour les admissions :

En 1816, 17 malades ont été reçus à l'hospice.

Il y en a eu 61 en 1841.

A Tours donc, comme dans toutes les localités où de nouveaux établissements ont été élevés, la population s'est accrue.

Cet accroissement de population, M. Charcellet l'explique avec raison, non par la fréquence plus grande de la folie, mais par l'augmentation progressive de la population générale du département, et par l'admission des pensionnaires qu'on envoie à l'hospice en plus grand nombre depuis qu'il offre de meilleures conditions.

La population de l'établissement, au 1<sup>er</sup> janvier 1842, était de 144 malades.

D'après les recherches auxquelles il s'est livré, M. Charcellet

admet d'une manière approximative que le nombre des aliénés, dans le département, est de 300 environ. Il n'y aurait donc guère plus d'un tiers des aliénés de séquestrés. Nous croyons qu'une statistique générale des aliénés de France donnerait probablement partout les mêmes résultats. Il y a, en effet, une très grande quantité d'aliénés qui restent libres. En 1837, à l'hospice de Lausanne, le nombre des aliénés séquestrés était de 100 environ. Or, la statistique récente, dans la population du canton de Vaud, faite par ordonnance du gouvernement, avait révélé 400 aliénés en plus; ce qui portait le nombre des malades dans le canton à plus de 500.

On peut donc affirmer que cette augmentation de population dans les hospices d'aliénés, que signale M. Charcellet pour l'hospice de Tours, se continuera longtemps encore.

En admettant le chiffre de 300 aliénés dans le département d'Indre-et-Loire, on aurait un aliéné sur 1,000 habitants. Mais M. Charcellet a pu aller plus loin, et nous fournir un document important et qui confirme du reste ce qu'on savait déjà d'une manière générale. En comparant le nombre des aliénés de la ville de Tours à celui des petites villes du département au-dessus de 2,000 âmes et des campagnes, l'auteur, tenant compte d'ailleurs de la proportion relative de la population générale, est arrivé à cette conclusion :

Que le nombre des malades fournis par les petites villes et les campagnes est à celui de la ville de Tours, comme 1 est à 3.

M. Charcellet présente entre autres tableaux celui des causes qui ont produit la folie chez les malades entrés en 1839, 1840 et 1841.

Parmi les causes indiquées, il y en a une qui, à notre avis, ne devait point s'y trouver : c'est l'idiotie; et il y en a d'autres, au contraire, qui ont été omises : ce sont l'influence de la suppression des règles et les suites de couches.

L'hérédité a été notée une fois sur 9,62 en 1840, une fois sur 7 en 1841. M. Charcellet cite sous ce rapport la différence des résultats obtenus par divers auteurs, et les explique facilement par les renseignements plus ou moins complets qu'on est à même de recueillir. Ainsi, la proportion la plus forte a été indiquée par Esquirol, qui, pour les malades admis à sa maison de santé d'Ivry, a trouvé l'hérédité dans plus d'un tiers des cas.

Ce n'est pas que l'hérédité sévisse plus dans les classes élevées de la société, mais on obtient alors des renseignements beaucoup plus exacts.

Nous avons vu l'augmentation croissante de la population depuis l'organisation du service médical et la reconstruction de l'asile. Voici maintenant les résultats obtenus quant aux guérisons.

Elles ont été :

- En 1837 de 1 sur 7
- En 1838 de 1 sur 4,43
- En 1839 de 1 sur 5,60
- En 1840 de 1 sur 4,12
- En 1841 de 1 sur 2,47.

L'influence de la réorganisation de l'hospice et du traitement ne saurait donc ici être mise en doute.

Il en est de même pour la différence de mortalité.

Il n'y a eu, dans un grand nombre d'années, qu'un seul cas de suicide parmi les aliénés de l'hospice de Tours. Ce fait est d'autant plus remarquable, que le département d'Indre-et-Loire, comme le fait observer M. Charcellet, est un de ceux qui en offrent le plus.

Il résulte des recherches de M. Querri, que le nombre des suicides, qui n'était que de 15 en 1827 dans le département d'Indre-et-Loire, était de plus de 30 en 1834, et qu'il s'est élevé à 40 pour l'année 1840, la dernière dont les résultats soient connus.

M. Charcellet rapporte, à la suite des tableaux statistiques, plusieurs observations particulières remarquables. Nous reproduirons, dans le prochain numéro, celle qui nous a paru la plus curieuse : la malade, qui croyait avoir des araignées dans le corps, a été guérie par une opération ayant en apparence pour but l'extraction de ces araignées.

L'article du traitement est longuement traité par M. Charcellet, qui reconnaît et proclame l'influence heureuse de l'ordre et du travail ; la moitié des hommes et un tiers des femmes sont aujourd'hui occupés dans l'hospice : « ce sont les malades, dit M. Charcellet, qui ont récolté, puis égrené, le *madia sativa*, cultivé dans ces dernières années dans les terrains de l'hospice général. Cette culture, il n'est pas inutile de le faire remarquer, a obtenu le prix décerné en 1840, par la société d'*agriculture, de sciences, d'arts et de belles-lettres* du département d'Indre-et-Loire. »

Ce qui ressort de plus important du rapport de M. Charcellet, ce sont les trois faits suivants : l'augmentation progressive de la population de l'asile des aliénés de Tours, depuis sa réorganisation ; une proportion relativement plus forte dans les guérisons, la diminution de la mortalité.

Nous n'avons, d'ailleurs, indiqué que les points principaux du rapport de M. Charcellet, qui ne renferme pas moins de vingt tableaux statistiques, comprenant l'influence des âges ; des professions, de l'état civil, la nature des causes, l'indication des divers

genres d'aliénation, la mortalité et les guérisons suivant les âges, les saisons, la durée du séjour à l'hospice, etc., etc.

C'est un travail complet et que consulteront toujours avec fruit les médecins placés à la tête des asiles d'aliénés. Nous ne saurions surtout trop applaudir à l'idée qu'a eue M. Charcellet de joindre à ses tableaux statistiques les faits les plus intéressants, recueillis dans son service. C'est un exemple qu'on ne saurait trop proposer.

Si tous les comptes-rendus sur les asiles d'aliénés, au lieu d'être purement statistiques, contenaient ainsi un certain nombre d'observations choisies, outre qu'ils en deviendraient plus intéressants, la science posséderait déjà beaucoup de faits qui se trouvent perdus pour elle (1).

J. B.

DE

## L'UTILITÉ DE LA DOULEUR PHYSIQUE ET MORALE,

par **B. MOJON**,

Professeur d'anatomie et de physiologie de la Faculté de médecine de Gènes, etc.

TRADUIT DE L'ITALIEN,

AVEC INTRODUCTION, APPENDICES ET NOTES,

par le baron

**MICHEL DE TRETAINNE**,

Officier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, etc.

1 vol. in-18. — Dentu, libraire, 1843.

Ce petit volumen'est pas, comme on pourrait le croire, un spirituel paradoxe, à l'aide duquel deux savants médecins de nos armées impériales ont voulu déridier leurs fronts sévères ; c'est plutôt un utile rapprochement entre les souffrances, leurs causes et leurs effets, et à ce titre une ingénieuse appréciation des valeurs symptomatiques et thérapeutiques de la douleur. C'est dans l'utilité de la douleur que la doctrine des causes finales puise ses plus forts arguments et que

(1) M. Charcellet, nommé professeur de clinique médicale, a dû quitter la direction de l'asile des aliénés. Il a été remplacé par M. Al-lain-Dupré, qui poursuit activement de nouvelles améliorations.



l'optimisme trouve ses plus impertinents sophismes pour consoler ceux qui souffrent. Il est inutile de dire que cette merveilleuse utilité n'est bien authentiquement reconnue que par ceux auxquels tout sourit dans ce bas monde ; voyez-les à la première invasion d'une fièvre brûlante ou à l'épreuve du moindre revers ; comme leur admirable théorie s'évanouit dans de vulgaires gémissements ! Le stoïcien a pu dire que la douleur n'était point un mal ; le chrétien a pu rechercher ou accepter la douleur comme un bien ; mais ce n'est pas au point de vue de l'orgueilleux stoïcisme, ce n'est pas davantage au point de vue de l'humilité chrétienne que se sont placés l'auteur et le traducteur de ce livre. Médecins, ils ne prennent souci que des choses réelles et palpables de la vie ordinaire. Ils nous montrent la douleur sous son moins détestable aspect, en la signalant surtout comme le cri de l'organisme menacé ou de l'âme subjuguée, réclamant l'un et l'autre un remède qui, sans elle, serait dédaigné. Les passions et les maladies feraient d'effrayants progrès, si la douleur qu'elles occasionnent n'intéressait pas l'égoïsme à les combattre. Il est vrai que, sans la douleur, il n'y aurait peut-être ni médecine ni gendarmerie ; pour peu qu'on approfondisse le sujet, il est bien aisé de s'apercevoir que la plupart des professions seraient supprimées. Mais ne marchons pas sur les brisées des feuilletonnistes : de M. J. Janin, par exemple, à qui il appartient de traiter à fond cette paradoxale et burlesque question (1). Nos confrères, il faut leur rendre cette justice, ne sont pas allés si loin.

M. le professeur Mojon surtout est resté médecin : son mémoire avait paru il y a plusieurs années en langue italienne. M. le baron Michel de Tretaigne ne s'est pas borné à le traduire, il y a joint une introduction, un appendice et des notes, dans lesquels une gracieuse et littéraire philosophie colore d'une manière tout-à-fait originale la pensée plus austère de l'auteur.

Nous avons lu ce charmant petit livre avec plaisir. Nos lecteurs, s'ils l'ont sous la main, feront bien d'y chercher, au moins pour un instant, l'oubli de leurs douleurs. S'ils y trouvent des raisons suffisantes pour être heureux de leurs maux en vue de l'utilité qu'ils offrent, tant mieux pour eux ; tant mieux aussi pour nos deux confrères, car ils n'ont eu, en définitive, d'autre but que le plus grand bien de ceux qui souffrent.

X.

---

(1) Voir ses *Contes fantastiques*.

## RÉPERTOIRE

### D'OBSERVATIONS INÉDITES.

**MANIE SUB-AIGUE STUPIDE AVEC PHLEGMASIE LÉGÈRE DE LA SURFACE DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES.**

#### SOMMAIRE.

26 ans d'âge. — 5 à six mois de manie délirante. — Délire triste avec stupeur. — Diminution de la sensibilité, et surtout de l'attention. — Masturbation. — Dépérissement graduel. — Mort par une gastrite chronique. — Cerveau revenu sur lui-même. — Injection très forte de ses deux substances. — Quelques adhérences très légères de la pie-mère à la surface. — Traces de phlegmasie chronique de la membrane muqueuse gastrique.

Th. Cl. A., tourneur sur cuivre, âgé de vingt-neuf ans, fut admis dans la division des aliénés le 4 février 1828. C'était un homme d'une constitution faible, d'un tempérament plutôt nerveux que sanguin, et d'un caractère habituellement sombre et taciturne. Sa raison, naturellement droite, n'avait point varié jusqu'au mois de décembre 1827, époque à laquelle il se vit trompé par une femme qu'il aimait beaucoup, et pour laquelle il avait fait des sacrifices. Dans les premiers jours de janvier 1828, on s'aperçut que la raison s'aliénait manifestement, et cela éclata enfin à la suite d'une orgie. A... se mit à dire, entre autres extravagances, qu'il n'avait plus de sang, qu'il avait la mâchoire *démanchée*, qu'il était un homme enfer. Il y eut dans le même temps des vomissements de mucosités écumeuses. 15 sangsues furent appliquées sur la région épigastrique, mais sans produire d'effets favorables sur le trouble de l'intelligence. A... resta taciturne et presque muet, et pendant trois semaines se tint à peu près constamment au lit sans vouloir en sortir.

A l'époque de son entrée à Bicêtre, le 1<sup>er</sup> février 1828, il était dans un état de délire maniaque alternant avec de la taciturnité. On lui fit trois applications de sangsues, soit à l'anus, soit aux apophyses mastoïdes; on le baigna; on lui donna des laxatifs: cela ne fut suivi d'aucune amélioration. Le malade était livré à la funeste habitude de la masturbation. On lui fit des effusions d'eau froide sur le crâne; puis on lui appliqua un vésicatoire à la nuque, mais le délire maniaque n'en continuait pas moins.

Le 16 mars, un malade voisin du lit d'A... lui emporte avec les dents un lambeau de la peau de la partie gauche du scrotum. La plaie résultante, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, a deux pouces d'étendue; elle est inégale, donne issue au testicule qui n'est point froissé, et dont on distingue la tunique fibreuse. Il n'y a point d'hémorrhagie. Je cherche à réunir par première intention. Le malade, soit pendant l'accident, soit pendant le pansement, ne donne aucun signe de douleur, et même de sensibilité. On le place à l'infirmerie générale de chirurgie de l'Aspée, et le 25 mars il rentre dans la division des aliénés.

La plaie du scrotum suppure encore; elle a l'étendue d'une pièce de 30 sous. Le malade est plus calme, quoique toujours dans un état d'affaiblissement et de stupeur. On essaie de le tirer de là par l'emploi des stimulants externes, et le 29 mars à deux heures du matin le poulx donnant à l'artère radiale 60 pulsations par minute, un sinapisme est appliqué sur la région du cœur; trois quarts

d'heure après cette application, et pendant qu'elle a lieu encore, il donne 100 pulsations. Du reste, aucun autre symptôme d'excitation.

30 mars. Le sinapisme d'hier n'a fait que rougir un peu la peau; l'artère radiale donne 60 pulsations par minute; le pouls est facilement dépressible; l'état général n'a pas changé.

31 mars. A huit heures du matin, 60 pulsations; un sinapisme est appliqué à la face interne de la cuisse droite; trois quarts d'heure après, et durant cette application qui a peu rubéfié la peau, 90 pulsations.

1<sup>er</sup> avril. Le pouls donne 58 à 60 pulsations.

2 avril. Le pouls donne ce matin 80 à 85 pulsations; les mouvements du malade m'empêchent de bien apprécier le nombre. La forme des pulsations est peu considérable.

3. Les pulsations de la radiale, à dix heures du matin, sont de 60. Un vésicatoire est appliqué sous la région du cœur. Au bout d'une demi-heure d'application, et cette application durant encre, elles sont encore de 60. et quelques instants après de 75. Le pouls est, du reste, fort irrégulier.

5 avril. Le malade est à jeun, calme; aucune cause d'excitation n'agit sur lui. Le pouls à la radiale donne 58 à 59 pulsations par minute.

6 au matin. Le malade est de même à jeun; de même encore, aucune cause d'excitation ne paraît agir sur lui. Le pouls à la radiale donne 72 pulsations par minute; la plaie du scrotum marche vers la cicatrisation.

7. Les pulsations de la radiale me semblent aussi fréquentes qu'hier; huit à neuf heures du matin, le malade est à jeun, nullement excité; le pouls donne 60 à 62 pulsations par minute.

10. Cautérisation à la nuque avec le fer chaud.

Dans la nuit du 13 au 14, hémiparésie considérable.

Le 14 au matin, maigreur très grande: face profondément altérée; pouls petit, lent, à peine sensible; roideur de tout le corps; teinte livide de toute la peau (bouillou avec l'eau de Rabel).

16. Cautérisation à la nuque avec le cautère olivaire plongé dans une incision faite préalablement. Deux heures avant la cautérisation, le pouls à la radiale donnait 70 pulsations par minute.

17. Les pulsations de la radiale sont au nombre de 80; le pouls est faible.

18. Le pouls à peine sensible; la face est ou ne peut plus tirée; il y a de la stupeur.

19. Même état de débilité.

20-21. La maigreur est effrayante; la peau livide; globules oculaires fixes. Stupeur; haleine cadavéreuse. Pouls insensible; froid général.

21. Même état. Mort à deux heures de l'après-midi.

#### NÉCROSCOPIC LE 23 AVRIL.

*Système nerveux.* Le cerveau ne remplit pas exactement la cavité du crâne. L'arachnoïde contient une grande quantité de liquide séreux.

Les deux membranes internes du cerveau sont épaissies surtout au niveau de la suture sagittale; leurs vaisseaux contiennent plus de sang que dans l'état normal. Elles adhèrent dans plusieurs points, mais dans une très petite étendue à la substance grise qui est généralement un peu molle.

La substance blanche a conservé sa consistance naturelle; l'une et l'autre sont fortement injectées. Cette injection est surtout remarquable dans les corps striés.

Le cervelet est volumineux et plus consistant que dans l'état normal.

La protubérance annulaire, la queue de la moelle allongée et la partie cervicale de la moelle de l'épine dans l'étendue d'environ trois pouces, sont évidemment endurcies.

*Appareils circulatoire et respiratoire, sains.*

*Appareil digestif.* L'estomac est réduit au volume du gros intestin; sa surface interne est semée dans toute son étendue de points brunâtres; sa membrane muqueuse est légèrement moelle. La même altération s'observe dans presque toute l'étendue de l'intestin grêle qui est distendu par des gaz.

Le cœcum et le colon contiennent une quantité énorme de matières fécales endurcies. Leur membrane muqueuse est généralement d'une couleur rosée; le rectum est contracté et complètement vide.

*Appareil urinaire.* Les deux testicules sont sains; le gauche adhère à la tunique vaginale par des brides celluluses, dont l'une correspond à la cicatrice de la plaie du scrotum.

La vessie contient environ deux pintes d'urine; ses parois sont épaissies.

LELUT.

HYPOCHONDRIE, APHONIE ET PERTES SÉMINALES, DÉTERMINÉES PAR UN RÉTRÉCISSEMENT ORGANIQUE DE L'UTÉRUS, ET GUÉRIES PAR LA DILATATION DE L'OBSTACLE.

M. de S..., qui fait le sujet de cette observation, est âgé de soixante ans, bien constitué, et n'a jamais fait d'excès ni contracté d'affection vénérienne. Né dans l'aisance, il a rempli pendant longtemps des fonctions de magistrature, et jamais il n'a éprouvé de grandes fatigues. Il est père de plusieurs enfants bien portants.

M. de S..., s'abstient depuis plusieurs années des privautés de l'hymen. Une maladie de matrice qu'a éprouvée sa femme l'a déterminé à prendre ce parti.

Le commencement de la maladie de M. de S... remonte à cinq ans. A cette époque, il ressentit dans les parties génitales une sorte de démangeaison qui le portait à les frotter in-

volontairement, ce qui augmentait encore la titillation et l'irritabilité. C'est alors que M. de S... éprouva les premières pollutions qui l'ont tant tourmenté depuis.

Assez rares d'abord, et toujours nocturnes, ces pertes spermatiques furent suivies dès les premiers temps d'une prostration et d'un accablement dont le malade ne pouvait se remettre qu'imparfaitement au bout de cinq ou six jours.

Bientôt ces pertes devinrent plus fréquentes et plus énervantes, et M. de S... put prévoir plusieurs heures à l'avance le moment de leur arrivée. Ce ne fut plus alors seulement pendant le sommeil, mais encore dans l'état de veille, qu'elles se manifestèrent. Voulant éloigner à tout prix ces accidents, M. de S... se soumit à une abstinence d'aliments presque complète, prit des bains et des lavements froids, se livra à des exercices physiques poussés jusqu'à la fatigue... Le tout inutilement. Les pollutions n'en continuèrent pas moins à augmenter de fréquence, et à devenir de plus en plus débilitantes. Pour les prévenir dans les premiers temps, M. de S... avait passé plusieurs nuits à marcher dans sa chambre; mais il s'était aperçu bientôt que les veilles ne faisaient que retarder le moment de la *défaite* selon son expression, et que la perte était inévitable. Il avait donc dû s'y résigner.

Un phénomène dont M. de S... s'aperçut dès les premiers temps de sa maladie, ce fut un affaiblissement considérable de la voix. Après chaque pollution, la phonation devenait pénible, lente; le timbre de la voix était complètement élargi, et M. de S... éprouvait comme un sentiment de strangulation. Ce symptôme alarma surtout M. de S... qui, pour le combattre, employa inutilement toute sorte de gargarismes; il devint aussi très irritable, et dut employer les plus grands efforts pour ne pas faire

souffrir sa famille de sa mauvaise humeur. Toute sa vie, le violon avait fait ses délices; il se vit forcé d'y renoncer presque complètement; non qu'il eût cessé de l'aimer, mais parce que la force lui manquait pour jouer: ses doigts lui semblaient engourdis, et le tact était comme émoussé.

M. de S... me fut adressé le mois dernier par un ancien malade que j'avais traité avec succès d'une aphonie par les vapeurs balsamiques. Ma première pensée fut que le point de départ de tous les accidents siégeait dans le canal de l'urètre. Je la communiquai à mon malade aussitôt qu'il m'eût fait son histoire, et je l'engageai à me laisser explorer le conduit urinal. Je ne pus l'obtenir de M. de S... qui me pria de concentrer mes investigations du côté du larynx. L'examen de la gorge ne me présenta rien de particulier, et je le dis au malade, qui m'engagea pourtant à lui prescrire un gargarisme astringent, ce que je fis. Il consentit à prendre en même temps quelques pilules d'aloès, au moyen desquelles j'espérais obtenir une révulsion. Il se trouva si bien des premières qu'il se crut guéri; mais la joie fut de courte durée. Une pollution abondante suivit quelques jours après une promenade en voiture.

Dans une seconde visite qu'il me fit alors, ne pouvant obtenir de lui qu'il me laissât explorer l'urètre, je lui déclarai que je ne pouvais rien pour la guérison avant d'avoir employé le moyen que je lui proposais. Il revint les premiers jours du mois de juin bien décidé à me laisser faire. J'introduisis alors dans le canal une bougie exploratrice n° 4. Elle parvint sans le moindre obstacle, et sans presque causer de douleurs jusqu'à 14 centimètres de profondeur: mais là se trouvaient un obstacle qu'elle ne put franchir. Une seconde bougie, n° 2, pénétra ensuite presque dans

la vessie; mais je dus noter que son contact presque inaperçu du méat jusqu'au rétrécissement, devint douloureux dans le reste du trajet.

J'avais donc à traiter un rétrécissement organique de l'urètre siégeant au niveau du ligament sous-pubien. Ce rétrécissement était probablement la cause de tous les accidents que le malade avait éprouvés depuis cinq ans; et j'espérai les faire cesser en enlevant l'épine qui, selon moi, leur servait de point de départ. J'étais convaincu que l'engorgement, peu considérable d'ailleurs, de la prostate, l'irritabilité du canal et les pesanteurs éprouvées à l'anus, céderaient au traitement que j'allais entreprendre.

Le succès a justifié complètement les prévisions de la théorie. Des bougies de gomme élastique ont été introduites tous les deux jours, deux cautérisations légères ont été pratiquées, et aujourd'hui 30 août, le malade reçoit aisément des bougies n° 10. L'appétit, la gaieté et les forces sont revenues chez M. de S... Il a repris le violon et ses habitudes; en un mot, M. de S... est, selon son expression, revenu à quarante-cinq ans. Deux pollutions cependant ont eu lieu depuis le commencement du traitement: l'une a suivi la première cautérisation, et l'autre a été déterminée par un cathétérisme que j'eus le tort de trop forcer. Mais ces accidents ont été jusqu'ici les seuls, et ils sont arrivés, l'un après vingt-neuf jours de calme, l'autre après vingt jours, chez un malade qui, avant d'être soumis au traitement que je viens de décrire, ne passait jamais quatre ou cinq jours, dans les derniers temps, sans éprouver une perte séminale et les accidents qui en étaient la suite.

Les exemples de prostration, de mélancolie et d'hypocondrie, etc., déterminées par les pertes séminales, sont assez communs dans la science. Ce qu'il est plus rare de rencontrer,

ce sont les pertes séminales provoquées par un rétrécissement organique de l'urètre, et prévenues par la guérison de celui-ci. Le résultat le plus ordinaire des rétrécissements organiques de l'urètre, et surtout de ceux qui siègent au niveau de la symphyse du pubis, c'est d'apporter à l'érection et à l'émission du sperme un obstacle souvent insurmontable.

L'insensibilité à peu près complète du canal de l'urètre dans les deux tiers antérieurs, et l'irritabilité de son tissu dans le reste de son étendue, étaient de nature à faire penser que le siège organique des accidents se trouvait dans la région prostatique. Les observations du célèbre professeur de Montpellier venaient à l'appui de cette opinion, corroborée encore par les rapports du malade, qui affirmait n'avoir jamais éprouvé de difficulté dans l'émission de l'urine. Je n'eus pas cependant un seul instant de doute sur la nature de l'affection et sur son issue, qui devait être et qui a été en effet la disposition des accidents déterminés par la guérison du rétrécissement.

**D<sup>r</sup> HUBERT-VALLEROUX.**

**PARALYSIE DU BRAS ET DE LA JAMBE GAUCHES. — UN MOIS ET DEMI DE DURÉE. — APPLICATION DES GRANDES VENTOUSES DE M. LE D<sup>r</sup> JUNOD AUX EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES. — GUÉRISON.**

Madame de S..., âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament nerveux et lymphatico-sanguin, d'une constitution naturellement forte, mais épuisée par de grands chagrins et de longues souffrances, fut prise tout-à-coup, le samedi 26 mars 1838, d'une paralysie des membres du côté gauche.

Je fus appelé le 26 au soir auprès d'elle, en remplacement de mon ami M. le docteur Carrère, de Choisy-le-Roi, son médecin ordinaire. J'appris que madame de S... avait fait quelques mois auparavant une grave maladie; on me parla même d'une affection cérébrale, et d'une inflammation

d'entrailles, et l'on m'assura que dans tous les cas sa vie avait été tourmentée par de pénibles agitations. Ses règles s'étaient supprimées le jour même. La résolution des membres était complète, mais il n'y avait aucune déviation du côté gauche de la face. La paralysie n'avait point envahi les ramifications des nerfs intra-crâniens. L'intelligence était parfaite, la parole aisée et naturelle. Le poulx était petit, serré, fréquent; le tissu cellulaire sous-cutané, aux malus surtout, était oedémateux; il n'y avait pas de maladie de cœur; il y avait de la céphalalgie.

Je me hâtai, en attendant l'arrivée de mon confrère, de prescrire une application de sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses, des pédiluves sinapisés, et quelques légers révulsifs intestinaux.

Le lendemain, 27, l'état de la malade était le même. La même médication fut prescrite. Les affections antérieures de madame de S... avaient produit en elle une susceptibilité telle que les saignées et les purgatifs ne pouvaient être employés sans crainte.

Le lundi, 28, je proposai à M. le docteur Carrère d'essayer immédiatement l'application des ventouses de M. Junod. Celui-ci était alors parti pour Londres et m'avait confié ses appareils, afin que j'en fisse usage dans tous les cas où j'en croirais l'emploi rationnellement indiqué. M. Carrère me fit observer avec raison que le moyen étant nouveau ou au moins peu connu, et surtout peu éprouvé par les praticiens, il serait plus sage de mettre en usage avec quelque persévérance une médication sanctionnée par une plus longue expérience et réclamée par l'état général de la malade. Je me soumis à cette sage détermination de mon confrère, et nous parcourûmes d'un commun accord la série des moyens qu'exigeait l'affection de madame de S..., en nous arrêtant à ceux qui nous semblaient les plus conformes à son excessive susceptibilité. Ce furent successivement

les révulsifs généraux et locaux, internes et externes, les frictions excitantes et cantharidées, les antispasmodiques, etc.

Cinq semaines s'écoulèrent ainsi, et la paralysie persistait opiniâtrément, sans fièvre, mais avec des alternatives de diarrhée et de céphalalgie.

Le lundi, 2 juillet, M. le docteur Carrère me rappela la proposition que je lui avais faite au début de la maladie. L'application des grandes ventouses fut décidée pour le lendemain.

Le mardi, 3 juillet, l'application eut lieu; elle dura une demi-heure. Une transpiration abondante se produisit dans le membre inférieur paralysé; mais le mouvement ne revint point encore.

Le jeudi, 5 juillet, nouvelle application. Elle fut prolongée cette fois pendant une heure. Le lendemain, la jambe gauche put exécuter quelques mouvements, faibles, à la vérité, mais positifs.

Le samedi, 7 juillet, nouvelle application pendant une heure, jusqu'à la syncope. Le lendemain, la malade put mouvoir son bras et marcher.

Depuis ce jour, l'amélioration progressa lentement, la marebe se faisait *en fauchant*, le bras n'accomplissait pas tous ses mouvements avec la même facilité. Je persistai dans l'emploi des grandes ventouses, que je répétais tous les deux ou trois jours pendant environ un mois. La malade partit pour la campagne, prit les bains de mer, et se rétablit enfin parfaitement après quelques mois.

Cinq années se sont écoulées, et la guérison est restée complète.

Je me demande si la paralysie, dans ce cas, était hystérique, rhumatismale ou le résultat d'un épanchement séreux ou sanguin comprimant l'origine ou le trajet commun des faisceaux médullaires, auxquels correspondent les nerfs moteurs des membres du côté gauche. Je réponds que les antispasmodiques et les révulsifs n'ayant point réussi, la malade n'ayant point été auparavant ni depuis cette

époque sujette ni à l'affection hystérique ni à l'affection rhumatismale, le troisième diagnostic me semble plus probable. Cette probabilité n'est pas seulement confirmée par le caractère des symptômes observés et par la marche lente de la guérison, mais encore par le succès de la dérivation hémospasique qui, à mon avis, exerce une grande influence sur l'absorption des liquides épanchés.

L. CERISE.

**AFFECTION HYSTÉRIQUE. — ACCÈS SE RÉPÉTANT PLUSIEURS FOIS CHAQUE JOUR. — SIX ANS ET DEMI DE DURÉE. — SINGULIÈRE GUÉRISON.**

Madame Buthion, papetière, rue Saint-Honoré, n° 383, âgée de vingt-huit ans, fut prise, à la suite d'un accouchement laborieux qui eut lieu en février 1837, d'une affection hystérique dont voici les principaux symptômes.

L'invasion, qui avait lieu quatre, cinq, quelquefois huit ou dix fois par jour, débutait par une sensation douloureuse aux mains, espèce de crampe avec tendance à la couleur cyanosée des doigts, et gonflement des veines sous-cutanées. A cette sensation succédait subitement un malaise dans les bras et dans les épaules avec oppression épigastrique, que suivait bientôt une impression d'étouffement et de strangulation à la gorge. Un fort claquement de dents survenait, durait quelques secondes, et l'accès se terminait par une abondante salivation. En général, la durée des attaques était d'une minute et quelques secondes. Jamais la malade n'a perdu connaissance, et à la fin de chacune d'elles elle rentrait rapidement dans son état habituel.

La matrice ne présentait aucune altération. La menstruation était régulière. En général, les fonctions s'accomplissaient bien. Une nouvelle grossesse survint en 1839, et l'affection hystérique n'en fut point modifiée. Après l'accouchement, qui eut lieu en avril 1840, il y eut quelques

Jours de répit; les accès furent moins fréquents, mais ils reparurent bientôt avec leur intensité ordinaire, et depuis cette époque ils se renouvelèrent de la même manière. J'allois dire, toutefois, qu'à la suite de l'administration de pilules composées d'assa-fœtida et de sulfate de quinine, la forme des accès varia, et qu'il y eut même pendant quinze jours environ une interruption qui donna l'espoir d'une guérison prochaine; mais cet espoir fut bientôt déçu, et tous les moyens échouèrent.

Depuis longtemps j'avais renoncé à faire de nouvelles tentatives contre cette affection rebelle, lorsque, accablé par les pressantes sollicitations de la malade et de sa famille, ne sachant que faire, ne sachant que répondre, je proposai... devinez quoi... le magnétisme animal!

C'était en mai 1843. A la suite d'une réunion du comité de rédaction des *Annales médico-psychologiques*, où il avait été question du magnétisme animal comme d'un ordre de phénomènes vrais ou faux auxquels ce recueil ne pouvait rester étranger, je me proposai d'entreprendre une série de recherches, soit en suivant de près les magnétiseurs et les somnambules de la capitale, soit en tentant moi-même des expériences propres à m'éclairer sur ce sujet. Je désirais vivement présenter à notre comité le résultat de ces investigations. Dans ce but, je me renuai beaucoup, et mon esprit finit par en être exclusivement préoccupé. J'ai dit, dans une note de la page 173 de ce numéro des *Annales*, à quelle opinion je me suis arrêté à cet égard. Je dirai seulement ici que, plein de mon sujet, je saisisais toutes les occasions qui se présentaient pour répéter mes expériences. Madame Buttion se trouvait sur ma route. Je lui proposai le magnétisme. Elle accepta, et sa famille y consentit de bon cœur.

Je me mis donc à l'œuvre. Voici comment. Je m'assis sur une chaise. Je fis asseoir la malade sur un fauteuil, en face de moi. Je pris ses deux mains dans les miennes, en mettant nos pouces en contact. Je me tins du reste assez éloigné d'elle pour que ce moyen de communication entre nous fût le seul. Cette attitude et la mystérieuse scène qu'elle semblait inau-

gurer fit sourire la malade, son mari, sa sœur, et j'étais loin de prendre tout-à-fait au sérieux le rôle que je m'étais imposé.

A peine étions-nous depuis deux minutes dans cette position bizarre, prescrite par les règles de la magnétiologie animale, que la malade cessa de rire, parut extrêmement sérieuse, fit quelques grimaces, se plaignit de bourdonnements dans les oreilles et successivement d'une sensation d'étouffement, d'un malaise général, d'une douleur dans les membres supérieurs, s'écriant avec des paroles entrecoupées : *C'est singulier, c'est étonnant; mon Dieu! que je souffre!* Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées, lorsque je la vis aux prises avec un violent accès qui correspondait parfaitement à ceux dont se composait son affection hystérique: seulement cet accès dépassait tous les autres en intensité et en durée. Celui-ci se calma et fut bientôt suivi d'un second et d'un troisième. Elle n'avait point dormi. Je la fis placer sur son lit, où je la laissai.

Le lendemain, aucun accès n'eut lieu. Le surlendemain, la malade se portait à merveille. Cinq jours se passèrent ainsi à la grande joie de toute la famille, et j'ajouterais, à mon grand étonnement.

Le cinquième jour, je recommençai mon expérience. L'accès eut lieu après cinq minutes; il fut moins violent et moins long que ceux qui s'étaient produits dans l'expérience précédente. Bientôt calmé, il se renouvela, mais cessa assez vite, laissant la malade fatiguée et comme brisée. Elle n'était pas entrée en somnambulisme.

Six jours se passèrent, et la malade se porta à merveille.

Le 15 juin, je recommençai mon expérience. Même procédé, mêmes effets. L'accès est unique, faible et presque imperceptible. La malade entre cette fois dans un somnambulisme fort imparfait et ne parle que fort difficilement.

Six jours se passèrent encore dans une parfaite santé. Les règles surviennent et je diffère ma quatrième expérience. Du reste la menstruation n'amène aucun accès. Détourné par d'autres occupations, je renvoie à quelques jours encore la reprise des



séances accoutumées. Ainsi, pendant trois semaines, la malade fut abandonnée à elle-même, lorsqu'un jour elle me fit prévenir qu'un léger accès s'était montré la veille, incomparablement moindre que tous ceux dont elle avait souffert jusque là; mais elle croyait que l'effet du traitement tendait à s'épuiser et qu'il fallait y revenir sans délai.

J'obéis à l'invitation, et depuis le 8 juillet j'ai continué aussi régulièrement que mes occupations me l'ont permis, environ tous les cinq jours, l'œuvre que j'avais entreprise sans le moindre espoir de succès, soit pour céder aux instances de la famille, soit pour satisfaire à mon vif désir d'étudier expérimentalement la question du magnétisme animal. Les accès n'ont plus reparu, et la malade est regardée comme guérie. Quant à moi, j'annonce le fait tel que je l'ai observé, et je ne vais pas plus loin. Je ne réponds point d'une guérison radicale; mais cette suspension, pendant près de quatre mois, des symptômes qui, en définitive, constituent la maladie, m'a semblé digne d'être mentionnée.

Je n'entrerai à ce sujet dans aucune explication; je n'en connais pas de possible. Ce qui m'a frappé dans cette observation, c'est d'abord l'action que j'ai exercée par le simple contact des pouces sur une personne malade, en provoquant artificiellement des accès propres à son affection; c'est ensuite la suspension, *au moyen de ces accès artificiels*, très rarement provoqués, des attaques qui se produisaient d'elles-mêmes si fréquemment.

Cette observation, réduite à ces termes, me semble intéressante. J'ai pu, dans un but de simple curiosité scientifique, aller à la recherche d'autres phénomènes et en étudier quelques uns, mais ce n'est pas ici le lieu de les mentionner (1) Quoi

qu'il en soit, même en présence du fait exceptionnel que je viens de rapporter, je persiste, relativement aux questions que soulève le magnétisme animal, dans l'opinion consciencieuse et réfléchie que j'ai émise dans la note citée plus haut.

L. CERISE.

J'essayai encore de penser à toute autre chose et de détourner entièrement mon attention et ma volonté de la scène dont j'étais acteur; l'effet ne se fit pas attendre, il eut lieu comme par le passé. Je suis resté convaincu que l'imagination des malades prend la plus grande part à la production de cette sorte de phénomènes, qu'on attribue, en magnétologie, à l'énergie d'une volonté étrangère.

J'ajouterai une réflexion, dans l'intérêt de la moralité médicale. Le bruit de cette guérison, au moins apparente, s'étant répandu dans le quartier, deux choses en résultèrent : 1<sup>o</sup> la malade est assaillie de visiteurs qui la prient de faire servir au traitement de leurs maux l'état de somnambulisme dans lequel on suppose qu'elle a trouvé sa guérison; 2<sup>o</sup> le médecin est recherché par plusieurs personnes qui viennent réclamer ses soins en indiquant l'emploi du moyen merveilleux qui a si bien réussi. Il est inutile de dire que les uns et les autres sont renvoyés aux somnambules et aux magnétiseurs de profession. Mais il est bon de le faire remarquer : c'est souvent au bruit d'un seul succès étrange, exceptionnel, inexplicable et souvent chimérique, que le public court au-devant de ceux auxquels, à tort ou à raison, on en fait l'honneur; c'est en consentant à laisser un seul instant le public dans cette méprise que des médecins, honnêtes peut-être, se sont engagés dans une voie où l'on glisse plus rapidement qu'on ne pense, surtout lorsque la lutte est établie entre les mécomptes d'une probité pauvre et obscure et la perspective d'une opulence trop souvent honorée, alors même qu'elle n'est pas honorable.

(1) Voici toutefois un fait que je dois énumérer ici. Après la cinquième expérience, j'essayai de n'établir aucun contact entre la malade et moi. L'effet fut le même qu'auparavant.

## VARIÉTÉS.

### NOTICE SUR L'ASILE DES ALIÉNÉS D'UTRECHT, EN HOLLANDE.

Dans le siècle précédent, on bâtit déjà à Utrecht un asile destiné à recevoir des infortunés privés de leur raison ; de temps en temps on y faisait bien des améliorations considérables, mais, comme la plupart des hospices de ce genre à cette époque, il ne réunissait pas les avantages convenables. Il n'y a qu'une douzaine d'années que l'ancien bâtiment fut presque entièrement démoli, et qu'on construisit, sous la direction du professeur Schræder van der Kolk, l'établissement actuel, qui mérite à juste titre les éloges que des médecins étrangers en ont faits (1).

Cette vaste maison (qu'on a encore beaucoup agrandie et embellie dans le cours de cette année), entourant de grands jardins et des cours, est bâtie en carré. La partie où réside l'administration a deux étages ; on y a une cuisine spacieuse, une salle de réception pour les parents qui viennent visiter les malades, et quelques dortoirs. La plus grande partie ne consiste que dans un rez-de-chaussée. Les appartements qu'habitent les aliénés communiquent avec les jardins et les cours ; de grands corridors les séparent de la rue. Ni à l'extérieur ni à l'intérieur la vue n'est blessée par des barreaux de fer, qui déplaisent tant aux malades et qui donnent à plusieurs établissements l'apparence de prisons.

Dans toute la maison, on observe une propreté et un ordre vraiment admirables. Tous les planchers sont en bois ; ceux de la première section sont pour la plupart garnis de tapis. L'édifice est divisé en six grandes sections, dont trois sont occupées par les femmes ; les trois autres, entièrement séparées des autres, par les hommes. Le prix de la pension est pour la première de 1,000 fr., pour la deuxième de 1,200 fr., pour la troisième de 600 fr. Cette dernière section est destinée aux pauvres, dont la contribution se paie par la province, la commune et la diaconie auxquelles appartiennent les malades. Les différences se portent sur la chambre qu'habite le malade, la nourriture qu'il prend, et les agréments qui lui sont procurés. Les hommes et les femmes, dans la première et deuxième section, ont chacun une chambre meublée avec élégance.

Dans toutes les sections, on a de spacieuses salles de réunion ; les aliénés tranquilles passent ici une partie de la journée à travailler, et y prennent leurs repas, tandis qu'ils se trouvent pendant le reste du temps dans les jardins, qui, pour la plupart, sans être vastes, ont une étendue convenable : on y trouve des fleurs, des arbrisseaux de tout genre et de grands arbres, qui protègent les malades contre l'ardeur du soleil. Le grand jardin de la première section des hommes contient, en outre, de petites maisons, une volière et un quillier. La troisième section a des cours plantées d'arbres : on y voit un quillier et une escarpolette.

(1) J. Guislain, lettres médicales sur la Hollande.

Si le temps est mauvais, les aliénés se promènent sous les galeries couvertes qui entourent les jardins et les cours.

On fait tous les efforts possibles, pour accoutumer les malades au travail. Les femmes cousent, tricotent, brodent, et font toute sorte d'ouvrages de main. Pour les hommes, on a des ateliers de cordonniers, de charpentiers, de tourneurs, de broisseurs et de tailleurs. Plusieurs sont occupés à scier et à couper du bois; les jardins sont tous cultivés par les aliénés. En outre, ils s'amuse à dessiner, à jouer aux cartes, au domino, aux dames et aux quilles. Beaucoup se livrent à la musique; dans la première et deuxième section des hommes et des femmes, on a un piano et d'autres instruments.

Souvent les aliénés vont se promener accompagnés de domestiques, à pied ou en voiture hors de la ville, promenades dont on a vu plusieurs fois de bon effets. La maison possède une assez bonne bibliothèque; les médecins régissent la lecture des malades. Une cour séparée du reste du bâtiment est destinée aux furieux; elle contient quelques cellules qui ne choquent rien la vue, qui réunissent toutes les conditions convenables, et dans lesquelles on peut de tous côtés surveiller le malade sans qu'il s'en aperçoive. Mais grâce au bon traitement qu'éprouvent les aliénés et de la part du médecin et de la part des domestiques, on n'en voit presque jamais dans ce quartier.

Les malades sont traités avec douceur; partout on rencontre de la tranquillité parmi eux; tout respire de bons procédés. Quand ils sont agités, on les envoie dans leur chambre, s'il est nécessaire, avec un domestique qui les observe.

Les moyens de répression ne s'emploient guère; si on en doit faire usage, on a recours à une camisole ou à un fauteuil, qui sert à contenir les agités dans une position tranquille; l'aliéné a les bras et les pieds fixés par des courroies et appuyés sur des coussinets en cuir; tout le dossier est doublé; on peut le faire incliner en arrière avec des vis à volonté.

Les domestiques reçoivent de forts gages; ils sont soumis à une discipline sévère; s'ils n'observent pas en tout le règlement, ils sont renvoyés sur-le-champ; c'est pour eux un point d'honneur que les aliénés soient vêtus d'une manière convenable et surtout très proprement.

La chambre des baigns est pourvue de douches. La gangrène et le scorbut qu'on rencontre souvent dans les établissements où les aliénés sont mal nourris, n'ont jamais été observés ici. La nourriture est d'une très bonne qualité; les malades prennent trois fois par jour un repas.

L'ordre qu'on observe dans cet établissement est dû, en grande partie, au directeur et à la directrice, qui surveillent les domestiques et s'occupent de l'administration intérieure de la maison.

Des hommes charitables, choisis par les notables de la ville, sont les régents de cette maison; ils n'en tirent aucune récompense pécuniaire; de leur nombre est le célèbre professeur *Schræder von del Kolk*, directeur des maisons d'aliénés en Hollande, à qui les aliénés de ce pays doivent les bons procédés dont ils y sont actuellement l'objet; il préside au traitement des malades; un médecin distingué, *Van der Lith*, l'assiste dans ce

service. Ces médecins voient leurs efforts couronnés de beaucoup de succès. Sur les cent malades qui habitent cette maison, ils obtiennent une moyenne de quarante guérisons complètes par an, et plusieurs quittent l'établissement. Ceux-ci, quoiqu'on ne puisse pas dire qu'ils soient entièrement guéris, peuvent cependant rentrer dans la société.

M. *Schræder van der Kolk* administre souvent, entre autres médicaments, le tartre stibié dont il a observé les bons effets; presque toujours les malades agités sont calmés par ce moyen, et souvent il a prévenu à l'aide de ce remède les accès de manie intermittente.

HAMOET,

Ancien médecin interne de l'asile.

#### JOURNAL CONSACRÉ A L'ÉDUCATION DES SOURDS-MUETS.

Il existe en France environ 25,000 sourds-muets, c'est-à-dire près de 300 dans chaque département, et les écoles spéciales contiennent à peine la sixième partie de ceux de ces infortunés qui ont atteint l'âge voulu pour y être admis. Un recueil périodique intitulé : *L'Ami des sourds-muets* est publié depuis plus de quatre ans par M. Piroux, directeur de l'institut des sourds-muets de Nancy. Le but de ce journal est surtout d'éclairer les parents, les instituteurs primaires, et généralement tous les hommes bienfaisants sur la part qu'ils peuvent prendre à l'éducation des sourds-muets, concurremment avec les instituteurs spéciaux. Les succès qui ont déjà couronné l'œuvre charitable de M. Piroux sont la preuve qu'il ne s'est point trompé.

*Journal des Débats* du 11 juillet 1843.

#### CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECIN ADJOINT DANS LE SERVICE DES ALIÉNÉS DE L'HOSPICE DE BICÊTRE.

M. Arehambaut ayant été nommé, en 1842, médecin en chef de l'asile de Mareville, près de Nancy, une place de médecin adjoint était depuis lors restée vacante dans le service des aliénés de Bicêtre. On a pu douter si cette place serait conservée, et plusieurs médecins, qui, il y a un an, avaient pensé à se préparer au concours, y ont renoncé depuis. Il est fâcheux que dans ces circonstances le concours n'ait été annoncé qu'un mois à l'avance, et nous croyons qu'avec un délai plus grand les candidats eussent été plus nombreux.

Les médecins inscrits sont MM. les docteurs Deaslauve, Chambert et Macario.

Trois demandes ont été adressées au conseil-général des hospices pour obtenir des dispenses d'âge.

Les juges sont MM. Mitivié, Voisin, Troussseau, Sandras, Pelletan, Marjolin et Velpeau. Les deux juges suppléants, MM. Ferrus et Thevenot.

Le concours commencera le 8 septembre. Nous en rendrons compte dans le prochain numéro.

— M. le docteur Payen a été nommé médecin en chef de l'asile des aliénés d'Orléans, et professeur d'accouchements à l'école secondaire qui vient d'être créée dans la même ville.

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

**JOURNAL**

de l'Anatomie, de la Physiologie et de la Pathologie

DU

## SYSTÈME NERVEUX.

---

**Généralités médico-psychologiques.**

---

NOTICE

SUR LES

**DOCTRINES PSYCHO-PHYSIOLOGIQUES**

**DES ANCIENS PHILOSOPHES HINDOÛS,**

PAR

**M. LE D<sup>r</sup> CERISE.**

---

*Introduction.* Au-delà de l'antiquité grecque, l'érudition classique n'a semblé apercevoir jusqu'ici que silence et ténèbres. Les monuments littéraires de Thèbes et de Memphis lui ayant manqué, elle n'a pu atteindre, sur les bords du Nil, les origines de la langue et de la science helléniques. Aussi les œuvres merveilleuses du génie grec lui ont-elles apparu comme des créations spontanées, plutôt que comme le développement

autochtone d'une tradition dogmatique venue à la suite de la conquête, ou apportée par de savants voyageurs. On s'est plu à représenter la sagesse grecque comme étant sortie tout entière du cerveau de quelques penseurs, ainsi que les Grecs avaient représenté Minerve, la sagesse divine, venue d'Égypte pour présider aux destinées d'Athènes, comme étant sortie armée de pied en cap du cerveau de Jupiter. Il est résulté de ce préjugé séculaire l'oubli des traditions véritables de la science primitive, et, à cause de cet oubli, une complète inintelligence des divers systèmes philosophiques qui dérivent de cette tradition, et qui ne s'expliquent réellement que par elle.

L'érudition classique est appelée aujourd'hui à reculer ses limites respectées pendant tant de siècles; car elle peut enfin, regardant au-delà de l'horizon grec, suppléer au silence de l'Égypte et atteindre le riche et vaste domaine de la civilisation hindoue. Là les monuments littéraires ne lui feront pas défaut; elle y rencontrera des poètes, des théologiens, des philosophes, des mathématiciens, des astronomes, des grammairiens, des naturalistes, des médecins (1), etc., qui auront devancé la

---

(1) Nous nous bornerons, dans cette note, à mentionner les principaux monuments de la science médicale. Il serait trop long d'y rappeler les nombreuses productions littéraires et scientifiques que l'érudition orientale a publiés, traduits, ou au moins fait connaître; tels sont les Védas, le Code de Manou, le *Mahabharata*, poème de deux cent mille vers, contenant un fameux épisode philosophique, le *Bagavatgita*; le *Ramayana*, poème de cinquante mille vers; plusieurs Pouranas ou poèmes légendaires et mythologiques; la Grammaire générale de Panini, qui est encore un magnifique modèle de la métaphysique du langage, etc. L'énumération des œuvres médicales, qui d'ailleurs sont moins connues, doit seule nous occuper ici.

L'*Ajura véda*, considéré comme l'œuvre de Brahma lui-même, qui l'a communiqué à Dacsna, est consacré à l'art de guérir. Les deux Aswin, fils de Surya (le soleil), reçurent les enseignements de Dacsna et devinrent les médecins des dieux. Il y a ici une généalogie qui rappelle les deux fils d'Esculape et leur descendance d'Apollon. Les légendes sur les merveilles médico-chirurgicales opérées par les deux fils du Soleil ne

science grecque tout en conservant les traces profondes des dogmes anciens. Bien plus, ces écrivains parleront une langue

doivent pas nous occuper. Voici, toutefois, comment s'est maintenue la tradition médicale. Les deux ASWIN instruisirent INDRA, qui fut le maître de DHANWANTARI, d'ATREYA, de BHAKADWAJA et de CHARAKA. L'ouvrage de CHARAKA existe encore; il en est de même de celui de DHANWANTARI, qui enseigna la médecine à SUSRUTA, fils de VISVAMITRA. Le traité de DHANWANTARI est d'une très haute antiquité; c'est celui qui sert encore de guide aujourd'hui. Wilson pense qu'il est le plus ancien après celui de CHARAKA. Ce traité a eu plusieurs commentateurs. Il est divisé en six parties : le *Sutra st'hana*, ou définitions chirurgicales; le *Nidana st'hana*, section des symptômes ou du diagnostic; le *Sa-rira st'hana*, anatomie; le *Chikitsa st'hana*, le traitement des maladies internes; le *Kalpa st'hana*, des antidotes; l'*Uttara st'hana*, section supplémentaire consacrée à la médecine spéciale des maladies locales, des yeux, des oreilles, etc.

L'Ajura véda, originairement divisé en cent sections de mille distiques chacune, a été plus tard sous-divisé, pour l'intelligence des disciples, en huit articles, dont l'énumération peut nous donner une idée assez exacte des objets qu'embrassait la médecine des Indous. Ces huit articles sont mentionnés avec ces titres : 1° *Salya*, ou l'art d'extraire les corps étrangers, avec le traitement approprié à l'inflammation, à la suppuration, aux tumeurs phlegmoneuses et aux abcès. Ce mot *salya* signifie la flèche lancée par un arc, ce qui indique l'origine toute chirurgicale de cette section. 2° *Salakya*, ou la clinique des maladies des organes des sens externes, du nez, des oreilles, des yeux, etc. Ce mot vient de *Sa-laka*, qui signifie un instrument délicat à l'aide duquel les médecins opéraient le plus souvent dans ces maladies. 3° *Kaya chikitsa*, ou la pathologie générale et interne. 4° *Buthavidya*, ou le traitement des désordres causés par la possession démoniaque. 5° *Ranmara chryta*, ou la médecine des enfants, à leur naissance, pendant et après la lactation, comprenant les affections puerpérales des mères et les maladies des nourrices. 6° *Agada*, ou la toxicologie appliquée à l'administration des antidotes. 7° *Rasagana*, ou la chimie ou plutôt l'alchimie, dont le but est la découverte d'une panacée, d'un élixir infailible pour rendre la santé et la vie éternelles. 8° *Bajikarana*, ou l'art de produire l'accroissement indéfini du genre humain.

SUSRUTA divise son ouvrage en deux parties : *Salya* et *Salakya*, ou la chirurgie. De sages considérations, que nous ne pouvons reproduire ici, servent d'introduction à ce qu'il dit de la pratique chirurgicale. Il divise

qui porte dans ses flancs le génie de la langue des Hellènes ; ils exposeront les doctrines qui servent en quelque sorte d'intro-

les maladies de l'homme en quatre catégories : elles sont *accidentelles*, ou traumatiques, provenant de causes extérieures et violentes ; *organiques*, provenant momentanément des discrasies des diverses humeurs ; *intellectuelles*, provenant des passions, des vives émotions, etc., et *naturelles*, provenant de causes naturelles, de la faim, de la soif, du sommeil, de l'âge, de la grossesse, etc.

Les instruments de chirurgie étaient divisés en huit parties : 1<sup>o</sup> ceux qui servent à couper et à séparer, *chhedana* ; 2<sup>o</sup> ceux qui servent à diviser ou à exciser, *bhedana* ; 3<sup>o</sup> ceux qui servent à la scarification ou à l'incision, *lek'hana* ; 4<sup>o</sup> ceux qui servent à faire des ponctions, *vyadhana* ; 5<sup>o</sup> ceux qui servent à sonder les plaies, *eshyam* ; 6<sup>o</sup> ceux qui servent à extraire les corps durs, *aharya* ; 7<sup>o</sup> ceux qui servent à retirer des liquides y compris la saignée, *visravana* ; 8<sup>o</sup> et ceux qui servent à pratiquer les sutures, *savana*. Il paraît que les moyens extérieurs ne faisaient pas défaut à la médecine des Hindous. Caustiques acides et alcalins, cautère actuel, plaques métalliques rubéifiantes, ventouses, sangsues, bandages et appareils, applications astringentes, émollientes, etc., tout cela est mentionné à plusieurs reprises dans leurs traités, avec l'indication des procédés propres à chaque opération. C'est surtout dans les hémorrhagies que le caustique était employé, comme chez les Grecs.

Quelle mine riche à exploiter dans l'intérêt de l'histoire ancienne de notre science ! Pourquoi les gouvernements et les académies ne provoquent-ils point ces sortes de recherches si onéreuses pour les individus ? Espérons que l'érudition médicale, si exercée sur les livres d'Hippocrate et de Galien, montrera bientôt le même zèle et la même habileté dans l'étude des livres de Charaka, de Dairwantari et de Susruta. Ces livres correspondent à ceux de l'époque antérieure à Hippocrate, qui ne nous sont pas parvenus. Voyez à ce sujet les articles que le savant et laborieux Wilson, aujourd'hui professeur de sanskrit à Oxford, a insérés dans l'*Oriental Magazine*, Calcutta, février et mars 1823. Consultez aussi un *Essay on the antiquity of hindoo medicine*, servant d'introduction à un cours de matière médicale et de thérapeutique fait à Londres, au *King's College*, par J.-F. Boyle, M.-D., publié dans la même ville, en 1827.

Tout en reconnaissant que les sciences médicales n'ont point progressé chez les Indiens modernes, M. Wilson rend hommage à l'exactitude avec laquelle les symptômes des maladies sont décrits dans les anciens traités



duction aux enseignements de Pythagore et de Thalès, de Parménide et de Pyrrhon, de Démocrite et Hippocrate, d'Épicure et de Platon, d'Aristote et de Zénon (1).

Un jour viendra où à ces illustres maîtres on reconnaîtra des devanciers, des initiateurs. A Dieu ne plaise que je veuille troubler le culte pieux de l'érudition classique ! Je sais trop ce qui arriverait à celui qui serait assez osé pour porter la main sur l'idole autour de laquelle se presse une foule d'adorateurs pas-

---

consacrés au *nédan* ou au *diagnostic*, et à l'étendue et à la richesse incomparable de leur *Druvyabhidana*, ou *matière médicale*. On sait que l'opération de la cataracte s'y trouve décrite, ainsi que la rhinoplastie et la petite opération de l'inoculation du vaccin, qui remonte, dans l'Inde, à une très haute antiquité. Nous ne parlerons point d'autres moyens thérapeutiques que nous devons aux Indiens, tels que l'écorce de la racine de grenadier contre le *tania*, la fumée du *datura stramonium* contre l'asthme, la noix vomique contre la paralysie et la dyspepsie, le retour à l'emploi du *croton-tiglium*, etc. Le docteur Ainsly, de la marine royale et attaché à la Compagnie des Indes, dans son *Traité sur la matière médicale des Indiens*, a répandu sur cette branche importante de leurs connaissances des renseignements précieux et puisés aux sources elles-mêmes. Leurs classifications des médicaments méritent d'être connues.

(1) Nous devons surtout considérer les documents de la philosophie hindoue comme représentant l'époque de la philosophie grecque antérieure à Socrate, époque féconde, durant laquelle plusieurs grands théoriciens avaient écrit *sur la nature* des livres dont nous n'avons que des fragments peu nombreux et souvent peu authentiques. Considérés comme pouvant suppléer à ce qui nous manque sous ce dernier rapport, les monuments de la philosophie hindoue doivent avoir un très haut prix, même aux yeux des plus ardents partisans de l'originalité des Grecs en philosophie.

Ce que nous disons à l'égard de la philosophie, nous le dirons à l'égard de la médecine. Les monuments anciens de la médecine hindoue sont surtout précieux en ce qu'ils peuvent suppléer aux notions qui nous manquent relativement à l'époque antérieure à Hippocrate, époque durant laquelle plusieurs médecins célèbres avaient écrit, sur les maladies, des livres qui ne nous sont point parvenus.

sionnés, et que l'enseignement officiel des universités est résolu à maintenir inébranlable sur son piédestal sacré. Je laisse ce soin à de plus hardis et à de plus habiles. Trop de gens, en Europe, vivent à l'ombre des prérogatives du grec et du latin, pour que je me jette légèrement dans la mêlée; le combat serait inégal, et je succomberais.

J'arrive à mon sujet.

Pour discerner ce qui, dans l'antique sagesse de l'Hindoustan, appartient plus particulièrement aux notions anthropologiques que nous désignons sous les noms de psychologie et de physiologie, il importe, il est nécessaire même d'embrasser les enseignements philosophiques et les traditions génésiaques dont les principales données commencent à être connues en Europe. Les théories médico-psychologiques répandues par les anciens docteurs de cette vaste contrée sont si étroitement liées à leurs croyances sur l'origine et la destination de l'homme, et leurs croyances sur cette origine et sur cette destination sont si étroitement liées à leurs doctrines sur la divinité et sur le monde, qu'il est impossible de les séparer. Dans l'encyclopédie des Hindous tout s'enchaîne logiquement; et pour percer le voile qui couvre leurs notions anthropologiques, il faut s'initier aux données générales de leur théologie et de leur cosmologie. J'obéirai le moins possible à cette nécessité, afin de rester dans les limites que m'impose le titre de cette notice.

Quelle est la destination de l'homme? se demande la philosophie hindoue, et elle répond: la délivrance.

La *délivrance* (moukti, môkhâ) est désignée, en effet, comme le but de toute pratique religieuse et sociale, comme la fin de toute science. Ce mot domine les enseignements des sectes et des écoles les plus diverses, la seule doctrine matérialiste exceptée; qui a eu peu d'adeptes. Le vœu de *délivrance* suppose le fait *esclavage*, comme le devoir de *purification* suppose le fait *souillure*, comme le désir de *réhabilitation* suppose le fait de *déchéance*, comme le besoin d'*expiation* suppose le fait

*péché*. Or, les mots délivrance, purification, réhabilitation, expiation, se trouvent inscrits sur tous les monuments de la sagesse hindoue. Ne faut-il pas y reconnaître l'écho retentissant d'une genèse oubliée ou altérée, ramenant indirectement les disciples de la science à cette grande préoccupation des temps primitifs, désignée sous le nom de dogme de la chute, préoccupation dont on retrouve les traces dans les monuments les plus respectés de la sagesse hellénique (1) ?

La délivrance est donc le pivot sur lequel roulent tous les systèmes religieux et philosophiques des Hindous. Par la délivrance, il faut entendre deux choses : la lente et progressive réhabilitation au moyen des transmigrations successives, ou l'exemption immédiate et absolue des transmigrations par l'absorption définitive dans l'essence suprême. De là deux doctrines de la délivrance : la première, doctrine ancienne du salut par les œuvres, doctrine pratique et polythéiste, est conforme aux préceptes de la révélation dite brahmanique ; la seconde, la doctrine moins ancienne du salut par l'absorption en Dieu, doctrine spéculative et panthéiste, est conforme aux données du schisme bouddhique. Celle-là correspond aux enseignements

---

(1) Les enseignements de Pythagore, d'Empédocle et de Platon sont remarquables sous ce rapport. Pythagore proclame la doctrine des pratiques de purification et celle des transmigrations expiatoires ; Empédocle l'a dit expressément : « C'est par notre faute que nous sommes privés du bonheur divin, que nous sommes des démons atteints d'une souillure originelle, des exilés de la vérité condamnés à errer pendant trois mille ans séparés de Dieu et du bonheur. » (Ritter, *Histoire de la philosophie*, traduction de M. Tissot, p. 439, t. III, d'après Sturz, *Fragmenta Empedoclis et Parmenidis*. Lipsiæ, 1810). Quant à Platon, voyez dans la *République*, dit un auteur récent, les idées qu'il se fait de notre misérable existence....., ces captifs enchaînés au fond d'un cachot, ces ombres fugitives qu'ils prennent pour des réalités, et le genre humain en proie à une perpétuelle et inévitable illusion. Ce qui brille encore de science et de vérité à travers ces ténèbres n'est que la réminiscence d'une vie antérieure plus noble et plus parfaite. »

exotériques; celle-ci correspond aux enseignements ésotériques des écoles grecques. L'Inde offre d'ailleurs le spectacle d'une doctrine populaire et d'une doctrine privilégiée, florissant l'une à côté de l'autre, en harmonie parfaite quoique s'excluant réciproquement dans leurs dogmes. Le polythéisme est abandonné au vulgaire; les classes supérieures, celle surtout des théologiens et des philosophes, se réserve le panthéisme, tout en conservant les profits que leur assure le culte vulgaire. Cette conciliation apparente entre deux doctrines opposées n'a pas toujours existé. Des populations entières ont été exterminées ou bannies au début du schisme. Ce fut pour un schisme analogue que les philosophes les plus recommandables de la Grèce furent persécutés. Pour ceux qui connaissent la doctrine de ces philosophes, il est évident que plusieurs d'entre eux avaient trahi les secrets de l'initiation en répandant au-dehors les enseignements ésotériques, réservés aux seuls adeptes des sanctuaires, enseignement dont, en général, le panthéisme forme la base.

Dans ces deux doctrines le but est le même: c'est la délivrance; les moyens d'y parvenir diffèrent seuls. Cette différence dans les moyens d'obtenir la délivrance entraîne la diversité des doctrines sur les rapports de l'âme et de l'organisme.

Dans la première, l'âme déchue cherche sa délivrance et sa réhabilitation par l'expiation, le monde et les corps ayant été créés pour lui offrir un théâtre et un instrument de cette expiation, qui ne sera complète qu'à la fin des choses créées. Jusque là, l'âme, ainsi que l'enseignait Pythagore, doit parcourir toute la série des existences dans les diverses sphères dont se compose l'univers. Pour cela elle doit avoir une double enveloppe, une enveloppe grossière, celle à l'aide de laquelle elle agit sur cette terre, et dont elle se dépouille à la mort, et une enveloppe dite subtile, formée de l'essence des cinq éléments, et à l'aide de laquelle elle agit sur les milieux qu'elle parcourt, dans ses transigrations, avant de revêtir un nouveau corps terrestre.

Dans la seconde doctrine, l'expiation est regardée comme un

préjugé vulgaire, et comme insuffisante pour la délivrance finale (1). L'âme est par conséquent exempte des transmigrations; comme elle est une émanation de la divinité, elle n'a point été créée et elle n'a point péché. C'est un rayonnement de l'Être infini; c'est Dieu lui-même emprisonné dans un organisme dont les excitations troublent son immuable et primitive sérénité. Égarée par les sens trompeurs, elle subit les impressions mensongères d'un monde illusoire et sans existence réelle. La mort ne saurait arriver assez tôt pour la délivrance de cette âme, à laquelle il suffit d'avoir eue à sa nature divine pour obtenir sa délivrance finale en rentrant dans le sein de l'Être suprême. A la chute de son enveloppe grossière, elle n'aura donc besoin d'aucune enveloppe subtile, qui ne servirait qu'à prolonger son esclavage et à la retenir dans le monde matériel, réservé aux âmes qui se sont aveuglées au point de croire

---

(1) Kapila et ses sectateurs définissent la vraie science ou la philosophie : « Cette connaissance qui peut seule procurer la délivrance entière et permanente du mal ; car, d'une part, les moyens temporels, soit qu'ils aient pour objet d'exciter ou d'adoucir les souffrances corporelles et mentales, sont insuffisants pour cette fin, et, de l'autre, les ressources spirituelles de la religion pratique sont imparfaites, puisque le sacrifice, la plus efficace des observances religieuses, est accompagné du meurtre des animaux, et par conséquent n'est point innocent et pur, et que la récompense céleste des actions pieuses est passagère. » Posséder la vraie connaissance, c'est s'identifier avec l'Être suprême en se détachant des apparences du monde, des illusions des sens, et même des œuvres de religion. Les philosophes grecs, Pythagore et Platon en particulier, dit Colebrooke, enseignaient de la même manière que « la fin de la philosophie était de *délivrer* l'âme des obstacles qui arrêtent son progrès vers la perfection, de l'élever à la contemplation de l'immuable vérité, et de la *dégager* si bien des passions terrestres, qu'elle puisse s'élever de la contemplation des objets sensibles à celle du monde de l'intelligence. » Les traces de la doctrine mystique s'effaçant dans Aristote, il se borne à définir ainsi le but de la philosophie : « Le bien final de la sagesse est la satisfaction ou le contentement de soi-même dans le souverain bonheur. » *Eth.* à *Nic.* 1, 5, 7, 11.

à leur individualité et à la réalité des choses visibles. Dans cette doctrine spéculative et mystique, la matière cosmique et la matière organisée sont mises en doute, ainsi qu'elles le furent par Pyrrhon le sceptique ; Dieu seul existe, tout le reste est une illusion, ou, si l'on veut, une apparente et très passagère manifestation de l'essence universelle, ainsi que l'enseignèrent les philosophes d'Élée et du Portique. Il est aisé de concevoir la stérilité scientifique d'une pareille doctrine : aussi ne faut-il pas s'étonner si, tout en maintenant la négation de l'individualité des âmes humaines et celle de la réalité du monde physique, elle est obligée de reproduire, contradictoirement à ses propres enseignements, les données émises par les écoles dualistes sur les conditions relatives de l'âme et de l'organisme (1).

Nous exposerons ces données dans leur plus grande généralité, car tous les détails doivent être évités.

---

(1) Nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui désireraient avoir quelques notions sur la philosophie des Hindous, aux savants mémoires que Colebrooke, le plus célèbre des indianistes anglais, a publiés successivement, de 1824 à 1829, dans les deux premiers volumes des *Transactions* de la Société asiatique de Londres, et qui, réimprimés après sa mort, ont été réunis à d'autres mémoires sur les védas, sur l'algèbre, sur l'astronomie des Hindous, etc., en deux volumes in-8. Les *Essays on hindoo philosophy* ont été traduits en français par M.-G. Pauthier ; Paris, 1833. Plusieurs autres documents, ayant surtout pour objet la théologie, la législation, les diverses sectes religieuses et les antiques épopées, ont été publiés, traduits ou analysés dans les recueils asiatiques de l'Inde ou de l'Angleterre et dans des ouvrages spéciaux anglais, français, allemands et italiens. La traduction du *Ramayana* vient d'être commencée par M. Gorésio, de Turin.

( La suite au prochain Numéro. )

---

---

## Anatomie et Physiologie.

---

### MÉMOIRE

SUR

## LE MODE DE FORMATION DES CENTRES NERVEUX ;

PAR

M. le D<sup>r</sup> HAILLARGER.

---

« Parmi toutes les différences qui distinguent les deux grandes divisions des corps de la nature, la plus tranchée, la plus facile à saisir, se tire du mode d'accroissement et de nutrition. Les corps bruts ne croissent que par *juxtaposition*, c'est-à-dire par l'addition de nouvelles couches à leur surface ; tandis qu'il y a *intussusception*, ou pénétration intime de l'être organique par la substance qu'il assimile en vertu des forces dont il est doué. Dans les animaux et dans les plantes, la nutrition est l'effet d'un *mécanisme intérieur* ; leur accroissement est un développement de *dedans en dehors* ; dans les minéraux, au contraire, l'accroissement ne peut mériter le nom de développement ; il se fait à l'extérieur par l'application de nouvelles couches (1). »

---

(1) Richerand et Bérard, *Physiologie*.

Si on en excepte quelques parties, comme les dents, les ongles, les poils, etc., ce qu'on dit des animaux entiers, on peut le dire de chacun de leurs organes en particulier. Ainsi le foie, les reins, etc., pénétrés par des vaisseaux qui portent sur tous les points les nouvelles molécules qui servent à l'accroissement, se développent de *dedans en dehors* par *intussusception*.

Cependant on a signalé à cette loi générale une exception importante. Les parties centrales du système nerveux se développeraient, dit-on, non de *dedans en dehors*, par une pénétration intime de molécules, mais de *dehors en dedans*, par l'application successive de nouvelles couches à la surface, absolument de la même manière que s'accroît un calcul urinaire, par exemple.

Cette opinion, émise d'abord sous forme de doute par Reil, développée et soutenue par Tiedemann et Desmoulins, a été répétée sans commentaires ou adoptée par plusieurs anatomistes distingués. Jusqu'à présent je ne sache point qu'elle ait été contestée.

Une exception si singulière au mode général d'accroissement admis pour tous les organes mérite d'être examinée, non seulement parce qu'elle a quelque importance par elle-même, mais aussi, comme je le montrerai, à cause des conséquences qui en découlent naturellement, et qu'on en a déduites.

Je vais d'abord rapporter textuellement les principaux passages dans lesquels les anatomistes que j'ai cités ont développé leur opinion sur le mode d'accroissement des centres nerveux.

« La substance corticale, dit Reil, paraît être un précipité fourni par la face interne de la pie-mère, et qui acquiert peu à peu une densité plus considérable. *Peut-être le cerveau se produit-il* par de semblables précipités que fournit successivement cette membrane. »

Cette conjecture de Reil est devenue pour Tiedemann le véritable mode de développement du cerveau, comme il résulte du passage suivant :

« Nous avons vu jusqu'ici, dit-il, comment les hémisphères,



d'abord minces et membraniformes, augmentent peu à peu d'épaisseur chaque mois. Voici de quelle manière cet effet a lieu, d'après mon opinion. Les vaisseaux de la pie-mère, dans lesquels personne ne refusera, sans doute, de voir les organes formateurs et nourriciers de cette substance, séparent du sang qu'ils apportent à l'encéphale, au moyen de ramifications détachées de la face interne de la membrane, la nouvelle pulpe cérébrale, ou la masse qui lui donne naissance. Cette pulpe se dépose par couche de dedans en dehors; elle cristallise, si je puis m'exprimer ainsi, sous la forme de fibres qui s'appliquent à la surface des fibres formées les premières. L'accroissement de la pie-mère et les dépôts successifs de couches nouvelles sur les anciennes font acquérir plus d'épaisseur aux parois des hémisphères. L'examen de la substance cérébrale fournit des preuves à l'appui de l'opinion que je mets en avant. Lorsqu'on détache la pie-mère de l'encéphale, des couches plus ou moins épaisses de pulpe cérébrale demeurent toujours adhérentes à sa face interne, ce qui tient évidemment à ce que la substance molle extérieure, qui s'est déposée la dernière, adhère encore aux vaisseaux nés de la face interne de la membrane. La couche adhérente aux portions de la pie-mère qu'on a détachées, et la couche supérieure du cerveau dépouillée de cette enveloppe, sont toutes deux également molles et dépourvues de toute apparence fibreuse. Examinées au microscope, elles paraissent être formées de très petits globules. Si on déchire le cerveau, on voit paraître les fibres sur lesquelles se trouve appliquée une couche de substance molle et sans texture fibreuse. Cette substance, qui a été sécrétée la dernière, n'a pas encore eu le temps de prendre la forme de fibres. On dira peut-être qu'elle correspond à la substance corticale; mais cette objection n'a pas de valeur, car la substance corticale n'est déposée qu'après la naissance à la surface du cerveau. »

J'ai dû rapporter en entier ce passage de l'ouvrage de Tiedemann, non seulement parce que son opinion sur le mode d'ac-

croissement du cerveau y est clairement exprimée, mais encore parce qu'il explique d'une manière positive l'époque à laquelle apparaît la substance corticale. Elle n'est, dit-il, déposée qu'après la naissance.

Desmoulins adopte l'opinion de Tiedemann, mais avec une modification.

Si la pie-mère extérieure sécrète des couches de matière cérébrale, il n'y a pas de raison pour que la pie-mère intérieure ne sécrète pas des couches semblables.

Donc, d'après Desmoulins, il n'y a pas seulement des précipités successifs à la surface du cerveau, il s'en fait aussi dans les ventricules; de sorte que les hémisphères s'accroissent en même temps en dehors et en dedans. Seulement, dit Desmoulins, l'accroissement intérieur s'arrête avant l'accroissement extérieur.

Après avoir développé ces idées, Desmoulins ajoute : « Cette formation du système cérébro-spinal par des couches, les unes excentriques, les autres concentriques, celles-ci déposées par les replis intérieurs de la pie-mère, n'avait encore été bien observée par personne. »

Telles sont les opinions de Reil, Tiedemann et Desmoulins sur le mode de formation du cerveau. Voyons maintenant les conséquences qui en découlent.

Dans le passage que j'ai cité de son ouvrage, Tiedemann, comme on l'a vu, dit positivement que la couche corticale n'est formée qu'après la naissance. Or, ce fait découle nécessairement du mode de développement qu'il admet. La couche la plus extérieure, dans un calcul urinaire, a toujours été la dernière formée, et il en est de même ici. La substance corticale étant à la surface du cerveau, doit n'être sécrétée par la pie-mère qu'en dernier lieu.

Cette absence de la couche corticale dans le cerveau du fœtus, sa formation si tardive est un fait important; mais la conséquence qu'en tire Tiedemann l'est bien plus encore.

Une des idées anatomiques à laquelle Gall attachait le plus de valeur, celle sur laquelle il a surtout insisté, est, comme on sait, que la substance grise est la matrice de la substance blanche; il a montré comment les fibres se renforçaient dans les masses de substance grise, etc. Tout cela a été attaqué par beaucoup d'anatomistes, et le grand argument a été celui-ci : *La substance grise n'est formée qu'après la substance blanche, donc elle ne peut lui donner naissance.*

Ainsi, par exemple, Gall fait naître son système de fibres rentrantes de la couche corticale, d'où elles se portent dans le corps calleux. Or, voici comment il est réfuté par Tiedemann :

« Mais toutes ces assertions, dit cet auteur, ne sont que des hypothèses; car le corps calleux existe dans le fœtus de quatre à cinq mois, c'est-à-dire dans un temps où il n'y a ni circonvolutions ni couches de substance corticale à la superficie du cerveau. Les prétendues fibres rentrantes ne sauraient donc naître de parties qui n'existent pas encore. »

Cet argument a été reproduit par plusieurs anatomistes, et il est sans réplique.

La question du développement des centres nerveux est donc étroitement liée à plusieurs autres questions sur la solution desquelles elle doit plus ou moins influer.

C'est sous ce rapport surtout que le sujet que je traite peut avoir quelque intérêt.

Je vais, 1<sup>o</sup> discuter le mode de développement admis par Tiedemann et Desmoulins, et les faits sur lesquels ils se sont appuyés; 2<sup>o</sup> présenter des faits qui me sont propres pour la solution de la question.

« Personne, dit Tiedemann, ne refusera de voir dans les vaisseaux de la pie-mère les organes formateurs. » Sans nul doute; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que ces vaisseaux plongent de tous côtés dans la masse cérébrale, qu'ils s'y divisent à l'infini, et que le cerveau du fœtus en particulier est extrêmement vasculaire; pourquoi donc vouloir que ce soit à la

surface que ces vaisseaux déposent la matière cérébrale? A quoi serviraient-ils donc dans l'intérieur de l'organe, si ce n'est à sa nutrition et à son accroissement? La pie-mère est une trame dans laquelle s'atténuent, en se ramifiant, les vaisseaux qui doivent pénétrer la substance si délicate du cerveau. Et ne sait-on pas que c'est dans les vaisseaux capillaires que se passent les phénomènes de la nutrition? Ce n'est donc rien prouver en faveur du développement du cerveau par couches successives, que de dire que les vaisseaux de la pie-mère sont les organes formateurs. Oui, ce sont les organes formateurs; mais c'est à l'intérieur, et sur tous les points en même temps qu'ils portent et déposent les nouvelles molécules qui servent à l'accroissement.

La preuve, dit encore Tiedemann, que le cerveau s'accroît par couches successives, c'est qu'en enlevant les membranes, elles entraînent toujours avec elles des couches plus ou moins épaisses de substance cérébrale, ce qui tient évidemment à ce que la substance molle extérieure, qui s'est déposée la dernière, adhère encore aux vaisseaux nés de la face interne de la pie-mère.

Il est vrai que les membranes, non pas toujours, mais quelquefois, entraînent avec elles une couche de substance cérébrale; mais cette couche a une épaisseur uniforme; elle reste distincte toute la vie à l'extérieur du cerveau et du cervelet; c'est elle qui s'enlève avec les membranes sur le cerveau des aliénés paralytiques, et j'ai indiqué ailleurs un procédé pour l'isoler dans l'état normal. Mais que prouve l'existence de cette couche unique, véritable écorce cérébrale! C'est là un fait d'organisation comme tant d'autres, et dont on ne peut rien conclure. Ce qu'il faudrait démontrer, c'est l'existence de plusieurs de ces couches pouvant être séparées, et laissant au-dessous d'elles, comme cela a lieu après l'enlèvement de la pie-mère, une surface lisse et polie. Or, ni Tiedemann ni personne n'a pu isoler ces couches. Encore cela ne prouverait-il pas d'une manière absolue le mode de développement du cerveau que je

combats. La substance corticale est, en effet, formée de plusieurs couches de différente nature. On ne peut les séparer les unes des autres; mais on les voit très bien. Cette stratification, dans laquelle Tiedemann aurait sans doute trouvé un argument de plus, s'il l'avait connue, ne prouve cependant rien : ces couches sont propres à la substance grise; rien de semblable ne s'observe dans la substance blanche. Je démontrerai que, loin d'être exhalées les unes après les autres, ces couches sont toutes formées primitivement. Des objections difficiles à détruire se présentent d'ailleurs contre ce mode de développement du cerveau de dehors en dedans, et par couches successivement déposées à la surface.

1° Tout le monde s'accorde à reconnaître très bien la substance corticale quelques mois après la naissance. Cependant le cerveau est loin d'avoir acquis encore tout son développement. Donc, la pie-mère continuera à exhaler de nouvelles couches à la surface, et cette substance corticale devra augmenter d'épaisseur. Mais on n'observe rien de semblable. Ce n'est donc pas même après la naissance que la substance corticale devrait être formée, mais beaucoup plus tard, et au dernier terme du développement cérébral; ou bien il faudra admettre que l'accroissement du cerveau se fait de dehors en dedans jusqu'à la naissance, et de dedans en dehors après, ce qui serait contradictoire.

2° Le cerveau du fœtus est extrêmement vasculaire, et les vaisseaux sont même beaucoup plus nombreux au centre qu'à la circonférence. Si l'accroissement ne se fait que par les surfaces, on rend tous ces vaisseaux inutiles pour la nutrition, ce qui n'est pas soutenable. En résumé, pour établir solidement l'opinion de Tiedemann et de Desmoulins, il eût fallu : 1° prouver l'existence de ces couches que la pie-mère dépose successivement à la surface; 2° démontrer que la couche corticale n'existe pas dans le cerveau du fœtus : or, c'est ce qu'on n'a pas fait. La démonstration de cette dernière proposition était surtout

tellement nécessaire que, pour renverser sans réplique le mode de développement admis par Tiedemann et Desmoulins, il suffira d'établir la proposition contraire. Évidemment, si je puis prouver que la couche extérieure du cerveau du fœtus à cinq mois, par exemple, a une structure spéciale, qui est aussi celle de la couche corticale du cerveau de l'adulte, il faudra bien admettre que le développement du cerveau par couches successives est impossible ; car cette substance corticale, recouverte par de nouvelles couches, deviendrait centrale.

La question du mode d'accroissement du cerveau peut donc être résolue par celle-ci :

*La substance corticale existe-t-elle dans le cerveau aux diverses époques de la vie fœtale ?*

C'est le résultat de mes recherches sur ce point que je vais maintenant exposer.

*Des caractères auxquels on peut reconnaître la substance corticale dans le cerveau du fœtus.*

J'ai cité un passage de l'ouvrage de Tiedemann où cet auteur nie l'existence de la substance corticale dans le cerveau du fœtus. Elle n'est, dit-il, déposée qu'après la naissance. J'ai cherché des preuves de cette assertion sans les trouver. Voici comment Tiedemann s'exprime à ce sujet (page 119) :

« J'ai disséqué nombre de fois, dit-il, des cerveaux frais, soit de fœtus âgés de six, sept, huit, neuf mois, soit d'enfants nouveau-nés, pour me faire une idée juste du rapport qui pouvait exister entre les différentes substances cérébrales, dans les différentes parties de l'organe encéphalique. Le résultat constant de mes recherches a été qu'il n'est pas possible d'établir de distinction entre la substance corticale et la substance médullaire, dans le cerveau du fœtus : toutes les parties qui le constituent sont formées d'une substance homogène et d'un blanc rougeâtre. »

Il n'est pas exact de dire que les différentes parties du cerveau du fœtus n'offrent aucune différence de couleur ; mais quand il en serait ainsi, qu'en pourrait-on conclure ? Que la différence de coloration, qui, dans le cerveau des adultes, suffit pour distinguer les deux substances, ne suffit plus dans le cerveau du fœtus. Il fallait donc chercher à les reconnaître par d'autres caractères ; en l'absence de ceux-ci, on devait rester dans le doute, et ne pas nier l'existence de la couche corticale par cela seul qu'elle n'avait pas la couleur qui lui est propre dans un âge plus avancé. La substance médullaire du cerveau du fœtus n'est pas blanche, et on ne comprend pas pourquoi la substance corticale aurait tous ses caractères, quand la substance médullaire n'a pas les siens.

Beaucoup d'anatomistes ont d'ailleurs admis, comme Tiedemann, qu'on ne pouvait distinguer l'une de l'autre les deux substances dans le cerveau du fœtus. Tels sont surtout les frères Wensel, qui semblent avoir fixé leur attention sur ce point. Ils citent Haller, Sæmmering, Wrisberg, comme ayant émis des opinions analogues. On a vu dans le passage que j'ai rapporté de l'ouvrage de Reil, qu'il pense aussi qu'on ne peut reconnaître les deux substances dans le cerveau du fœtus. Tous les auteurs n'ont cherché à distinguer la substance grise de la substance blanche, avant la naissance ou dans le cerveau de l'enfant nouveau-né, que par la couleur. C'est, au contraire, principalement dans la structure que j'ai essayé de trouver des caractères différentiels.

Dans un autre travail (1) j'ai démontré que la couche corticale dans l'adulte était formée de six couches alternativement

---

(1) *Recherches sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau.* (Mémoires de l'Académie royale de médecine, t. VIII, 1840.)

grises et blanches, et qu'en examinant une lame mince, par transparence, ces six couches apparaissaient alternativement transparentes et opaques. Or quelque chose de semblable peut-il être reconnu dans le cerveau du fœtus? Tout ce que j'ai dit précédemment prouve que ce fait aurait une assez grande importance, car il suffirait à lui seul pour prouver que la couche extérieure du cerveau du fœtus, alors qu'elle ne se distingue point encore par sa couleur de la substance sous-jacente, est cependant bien réellement la future substance corticale.

Or, voici ce que j'ai observé :

La couche extérieure du cerveau des enfants nouveau-nés, examinée avec le plus grand soin, même à la loupe, n'offre pas les couches alternativement grises et blanches qu'on voit dans le cerveau de l'adulte : elle paraît tout-à-fait homogène. Si on coupe verticalement une couche très mince d'une circonvolution, qu'on la place entre deux verres et qu'on la regarde par transparence à la lumière d'une lampe, on voit très distinctement deux lignes opaques séparées par des intervalles transparents. Ces lignes suivent transversalement tous les contours des circonvolutions. Au-dessous et dans la future substance médullaire on ne voit rien de semblable. J'ai répété souvent cette recherche, et toujours avec le même succès. Or, que peuvent être ces deux lignes opaques, transversales, si distinctes au milieu de la transparence de la couche extérieure? Ce sont évidemment les deux futures couches blanches qu'on voit dans la substance corticale du cerveau de l'adulte. Je crois donc pouvoir conclure avec certitude que la couche extérieure du cerveau de l'enfant nouveau-né est bien la substance corticale du cerveau de l'adulte; car, comme celle-ci, elle offre dans son épaisseur des couches alternativement transparentes et opaques.

J'ai pu m'assurer, sur un fœtus humain de quatre à cinq mois, de l'existence de ces couches, mais j'ai pu surtout les rechercher sur un assez grand nombre de fœtus de veau; je les ai constamment trouvées à cinq ou six mois, et alors que les cir-



convolutions commençaient à peine à se former. Mais si l'existence de deux couches opaques dans l'épaisseur de la substance corticale est le seul caractère auquel on puisse la reconnaître dans le cerveau du fœtus de cinq mois, par exemple, il existe d'autres caractères qui peuvent servir à la distinguer dans les derniers mois de la vie fœtale, et surtout à la naissance.

*1° La couche corticale plus ferme forme une saillie plus ou moins marquée sur la substance médullaire plus molle.*

Si on coupe dans toute sa longueur et sur la ligne médiane un hémisphère du cerveau d'un enfant nouveau-né, on observe qu'il existe à l'extérieur une couche d'une ligne environ d'épaisseur qui forme sur la substance centrale une véritable saillie. Le relief de cette couche extérieure tient à l'affaissement de la substance sous-jacente, qui semble ne pas remplir encore complètement le demi-centre ovale de Vieussens. Ce caractère, que je n'ai vu mentionné par aucun anatomiste, mérite d'être remarqué. Il ne peut s'expliquer que par la densité plus considérable de la couche extérieure.

*2° La substance corticale est très pâle ; la substance médullaire rougeâtre.*

J'ai dit que les auteurs, s'en tenant à la différence de couleur, établissaient qu'on ne pouvait distinguer l'une de l'autre les deux substances dans le cerveau du fœtus ou de l'enfant nouveau-né : cela est vrai pour les fœtus très jeunes ; mais dans les derniers mois de la vie fœtale, et surtout à la naissance, il est déjà possible d'établir une différence de coloration entre la substance grise et la substance blanche. Ce n'est pas qu'elles commencent à avoir l'une et l'autre la couleur qui leur est propre dans le cerveau de l'adulte, mais au moins est-il certain qu'elles n'ont pas

la même couleur. C'est chez les anatomistes mêmes que j'ai cités que j'en trouverai la preuve. Voici comment s'expriment à ce sujet les frères Wensel : « Neonati medullam videbamus non *albam sed rubescentem*, vasorum suorum copiâ, corticem verò » *pallidissimum*. »

Sæmmering a exprimé cette différence de couleur des deux substances tout aussi clairement : « Quumque infantium cinerit- » *ies pallidior sit, medullaque magis rubeat.* » La *pâleur* de la couche corticale opposée à la *rougeur* de la substance médullaire est en effet facile à constater dans le dernier mois de la vie fœtale et à la naissance.

3° *La substance corticale dans le cerveau du fœtus est beaucoup moins vasculaire que la substance médullaire.*

C'est encore dans les auteurs que j'ai cités que je chercherai des preuves à l'appui de cette proposition.

« La seule différence appréciable qui paraisse exister dans le » cerveau du fœtus entre les deux substances, si faciles à distinguer l'une de l'autre chez l'adulte, consiste, dit Tiedemann, » en ce que la couche extérieure, celle qui fait l'office d'écorce, » est plus molle et peut-être aussi *moins riche en vaisseaux* » que la portion intérieure. »

Dans ce passage, Tiedemann semble admettre l'existence de la couche corticale dans le cerveau du fœtus, ce qui est en contradiction avec le passage si précis que j'ai cité, et dans lequel il dit positivement que la couche corticale n'est déposée qu'après la naissance; il est encore en contradiction avec cet autre passage que j'ai aussi rapporté, et où il affirme que « le résultat constant de ses recherches a été, qu'il n'est pas possible d'établir de distinction entre la substance corticale et la substance médullaire dans le cerveau du fœtus. »

Il est vrai que la différence de vascularité qu'il signale ici, il

la met comme en doute, et que, de plus, il la regarde comme la seule différence appréciable.

J'ai fait voir dans ce qui précède qu'il y avait d'autres caractères distinctifs; mais celui-ci entre autres est beaucoup plus tranché que ne l'exprime Tiedemann. Quoique l'inspection simple suffise pour s'en assurer, on constatera beaucoup mieux encore cette différence de vascularité des deux substances en coupant une tranche très mince, et en l'examinant entre deux verres, par transparence, à la lumière d'une lampe, comme je l'ai déjà indiqué. On verra que la partie centrale de la circonvolution, ou la future substance médullaire, n'est presque formée que de vaisseaux, et on en apercevra, au contraire, très peu dans la couche extérieure. Cette quantité de vaisseaux de la substance médullaire n'a point échappé aux frères Wensel; ils n'ont point remarqué, au contraire, les vaisseaux de la couche extérieure.

Voici ce qu'ils disent à ce sujet en parlant de plusieurs cerveaux de fœtus : « *Horum cerebrorum interna pars, sive nucleus, medulla futura, multis gaudet vasis sanguiferis multoque sanguine.* »

*4<sup>o</sup> La couche corticale, dans le cerveau du fœtus, est moins transparente que la substance médullaire.*

En examinant la substance cérébrale entre deux verres, comme je l'ai dit plus haut, on constatera que la couche extérieure, quoique transparente, l'est beaucoup moins que la partie centrale.

Avant d'aller plus loin, je dois faire remarquer que la substance corticale, dans le cerveau de l'adulte, a des caractères diamétralement opposés, par rapport à la substance médullaire, à ceux que je viens d'indiquer.

La substance corticale, dans le cerveau de l'adulte, est en effet plus molle, plus colorée, beaucoup plus vasculaire et plus

transparente que la substance médullaire, et c'est, comme on vient de voir, tout le contraire dans le cerveau du fœtus ou de l'enfant nouveau-né. J'expliquerai ailleurs cette opposition.

De tout ce qui précède, on peut conclure :

1° Que la couche corticale existe dans le cerveau du fœtus, et qu'elle peut être reconnue, au cinquième mois, et probablement auparavant, à l'existence, dans son épaisseur, de deux lignes opaques transversales, séparées par des intervalles transparents ;

2° Que, dans les derniers mois de la vie fœtale, et surtout à la naissance, outre ce caractère, elle se distingue encore de la substance médullaire,

1° Par le relief qu'elle forme ;

2° Par sa pâleur opposée à la rougeur de la substance sous-jacente ;

3° Par sa moindre vascularité ;

4° Par sa moindre transparence.

C'est donc à tort que presque tous les anatomistes ont dit qu'on ne pouvait distinguer l'une de l'autre les deux substances dans le cerveau du fœtus.

Tiedemann surtout a commis une grave erreur en niant l'existence de la couche corticale dans le cerveau avant la naissance.

Desmoulins ne s'est pas moins trompé en disant qu'elle ne se forme que dans les derniers mois de la vie fœtale.

La couche corticale existant dans le cerveau du fœtus, et pouvant être reconnue au cinquième mois, la surface du cerveau ne change donc pas continuellement par l'exhalation de couches successives ; car, bien évidemment, cette substance corticale, recouverte par ces couches, deviendrait centrale ; le mode d'accroissement du cerveau, de dehors en dedans, par le dépôt de couches successives à la surface, admis par Tiedemann, Reil et Desmoulins, est donc impossible.

Tous les organes se développent de *dedans en dehors*, par in-

*tussusception*, et leur surface, une fois formée, s'accroît, mais ne cesse plus d'être la surface.

Il en est de même pour le cerveau, car sa couche extérieure a des caractères spéciaux qui permettent de reconnaître qu'elle reste extérieure pendant toute la durée du développement.

*Le cerveau s'accroît donc de dedans en dehors et par intussusception, comme tous les autres organes.*

---

---

## Pathologie.

### MALADIES MENTALES.

---

DE LA

## PRÉDOMINANCE DES CAUSES MORALES

DANS LA GÉNÉRATION DE LA FOLIE.

---

La prédominance des causes morales sur les causes physiques dans la génération de la folie est une vérité acquise à la science.

L'induction physiologique et pathologique conduit rationnellement à cette doctrine.

La statistique, s'appuyant sur des observations méthodiques, exactes et consciencieuses, l'a consacrée en fait.

Elle n'est réellement pas infirmée par les résultats que M. Moreau de Jonnès a déduits de documents dont la valeur scientifique est fort contestable.

Si l'erreur contenue dans les conclusions communiquées à l'Institut n'avait pas emprunté de grandes chances de propagation rapide aux circonstances dans lesquelles elle a été proclamée ; si l'illustration du corps devant lequel elle a été soutenue et la réputation du savant qui l'a mise au jour, n'étaient pas de nature à lui prêter l'appui durable d'une imposante autorité, je me serais certainement abstenu de soulever à ce sujet une discussion.

Mais la question intéresse tous les hommes éclairés ; la solution de M. Moreau de Jonnès a déjà reçu une grande publicité ; et les médecins spéciaux sont seuls compétents pour la juger : c'était leur devoir d'intervenir.

En outre, il est d'importance première que les médecins d'asiles d'aliénés, appelés par leur position et par leur devoir à recueillir des documents statistiques, soient mis en garde contre les illusions d'une science qui emprunte sa valeur, non pas seulement au nombre des faits, mais encore, mais surtout à l'exactitude des observations et à la rigueur de la méthode.

Dans le Mémoire que j'ai publié en 1839 sur les causes de l'aliénation mentale, je m'étais proposé pour but principal de provoquer des recherches générales, faites avec méthode d'après une classification uniforme; propres par conséquent à donner à la science des faits nombreux, certains, comparables; c'est encore ce but que je poursuis principalement aujourd'hui, en réfutant une erreur sortie de faits frappés de non-valeur à leur source par une méthode défectueuse d'observation.

Les faits recueillis par M. Moreau de Jonnès ne contiennent réellement pas l'induction qui en a été tirée pour la solution de la véritable question, savoir : Quelles sont les causes prédominantes de la folie ?

Une discussion rapide de ces faits va établir qu'ils contiennent une induction précisément contraire à celle que M. Moreau de Jonnès a formulée en ces termes :

« Par un résultat diamétralement opposé à l'opinion qui veut que les causes morales aient une grande prépondérance sur la folie, ce sont les causes physiques qui déterminent le plus souvent l'aliénation mentale. »

(*Compte-rendu*, 10 juillet 1843, p. 67.)

Dans le tableau détaillé, publié par M. Moreau de Jonnès, se trouvent les données suivantes :

Les faits observés comprennent, pour l'année 1841,	40,414 causes
La catégorie des causes dites physiques comprend	6,964
La catégorie des causes morales comprend. . .	3,147
Différence en plus pour les causes dites physiques	3,817

(*Compte-rendu*, 7 août 1843, p. 232.)

Cette différence considérable, qui semble trancher la question dans le sens des conclusions de M. Moreau de Jonnès ; n'est qu'un résultat illusoire produit par une méthode défectueuse.

En effet, les faits sur lesquels ont porté les observations sont hétérogènes, et la détermination des causes manque d'exactitude et de rigueur. Voici les preuves de cette assertion.

Parmi les causes énumérées dans le travail de M. Moreau de Jonnès, se trouvent l'idiotisme et l'épilepsie. Dès lors, il est évident que les faits compris dans ces documents se rapportent à trois classes de malades : des idiots, des épileptiques et des fous.

Les conclusions du travail se rapportent donc, non pas à l'aliénation mentale, nom propre de la maladie spéciale appelée plus exactement folie, mais à l'aliénation mentale, nom commun sous lequel on désigne des maladies fort différentes, et notamment la folie, l'idiotie et l'épilepsie avec trouble de la raison.

Or, l'idiotie est une maladie qui n'a de commun avec la folie que le trouble morbide des facultés intellectuelles, et qui en diffère essentiellement sous beaucoup de points de vue, mais surtout sous le point de vue étiologique. L'idiotie est une maladie congéniale, ou au moins contemporaine de la première enfance ; sa cause est une défectuosité d'organisation, et c'est là une cause essentielle.

Lorsque l'on comprend, sous le nom commun d'aliénation mentale, l'idiotie et la folie, on rapproche deux maladies essentiellement différentes. Et si dans des recherches d'étiologie on confond les deux maladies, on s'expose à prendre pour une cause de maladie la maladie elle-même.

L'idiotie figurant comme cause dans des tableaux relatifs aux causes de l'aliénation mentale, ne représente autre chose par son chiffre que le nombre des idiots compris dans le chiffre total des malades observés.

Mais l'idiotie est complètement étrangère à la question étiologique de la prédominance des causes morales ou physiques dans la génération de la folie.



L'idiotie, ce n'est pas une cause, c'est une maladie. Faire figurer l'idiotie parmi les causes de l'aliénation mentale, c'est agir comme si l'on signalait parmi ces causes la folie.

Tout ce qui vient d'être dit à propos de l'idiotie peut s'appliquer à l'épilepsie, avec cette restriction toutefois que l'épilepsie est quelquefois une véritable cause d'aliénation mentale. Mais habituellement, dans les cadres étiologiques, l'épilepsie ne représente autre chose que la maladie elle-même compliquée ou non de folie.

D'après ces considérations, les chiffres qui, dans la catégorie des causes physiques de l'aliénation mentale, sont dénommés idiotisme et épilepsie, représentent tout uniment la proportion des idiots et des épileptiques dans le nombre total des malades observés, et ne représentent en aucune manière de véritables causes.

Or, dans la question des causes de la folie qui a été traitée par les médecins, il ne s'agit nullement ni des idiots ni des épileptiques. Ce qui ne veut pas dire que la question des causes de l'idiotie et de l'épilepsie soit sans intérêt : seulement ce n'est pas de cela qu'il s'agit.

Ainsi les faits publiés par M. Moreau de Jonnés au point de vue de la nature de la maladie dont étaient atteints les individus observés, sont hétérogènes; ils se décomposent comme suit :

Faits d'idiotie. . . . .	2,234	} 10,411
Faits d'épilepsie. . . . .	4,137	
Faits de folie. . . . .	6,740	

Au point de vue de la nature des causes dans ses rapports avec la question à résoudre, les causes dénommées idiotisme et épilepsie, qui ne sont pas des causes, doivent être retranchées, et leur chiffre de leur somme diminue d'un chiffre égal la somme des causes dites physiques.

La cause qui est comprise dans les causes physiques sous le

nom d'irritation excessive, est-elle vraiment une cause ? et dans le cas où on devrait l'admettre, est-elle à sa véritable place ?

Que signifient ces mots irritation excessive ? J'avoue qu'il m'est difficile de leur trouver un sens autrement que par interprétation. Sans doute l'interprétation livrée à l'arbitraire a dû conduire les médecins qui ont fourni les documents à comprendre ces mots dans le sens de susceptibilité excessive. Mais la susceptibilité excessive n'est pas une cause, c'est une prédisposition ; et si la susceptibilité excessive était une cause, ce serait une cause morale.

Le chiffre correspondant à la cause dénommée irritation excessive doit être retranché des causes physiques. Si une valeur pouvait lui être accordée, il devrait être reporté dans la catégorie des causes morales.

Sans pousser plus loin cette discussion des faits recueillis par M. Moreau de Jonnés, il est, ce me semble, évident que pour tirer de ces faits une induction légitime relativement à la question en litige, il faut retrancher de ces faits ceux qui se rapportent à l'idiotie et à l'épilepsie, et ceux qui, dénommés *irritation excessive*, ne représentent rien ou représentent des influences morales indéterminées.

Or, si l'on retranche, comme on doit le faire, du chiffre total des causes physiques. . . . . 6,964

1° Le chiffre correspondant au mot *idiotisme*, c'est-à-dire le nombre des idiots compris dans les observations, ci. . . . . 2,234

2° Le chiffre correspondant au mot *épilepsie*, c'est-à-dire le nombre des épileptiques compris dans les observations . . . . . 1,137

3° Le chiffre correspondant aux mots *irritation excessive*, qui ne signifie rien ou qui signifie une simple prédisposition, et qui, s'il représentait quelque chose, représenterait une cause ou plutôt une prédisposition morale. . . . 655

Total. . . . . 4,026 4,026

on obtient le chiffre qui représente véritablement dans les faits la somme des causes physiques de la folie. . . . .	2,938
Ce chiffre, comparé à la somme des causes morales. . . . .	3,147
donne une différence en plus pour les causes morales de . . . . .	209

Ainsi, et c'est la conclusion de cette discussion, les faits publiés par M. Moreau de Jonnès s'accordent réellement avec ceux qui avaient été antérieurement publiés par divers observateurs pour établir une vérité incontestable, savoir : les causes prédominantes de la folie sont les causes morales.

C'est surtout pour avoir, par suite d'une équivoque, à laquelle se prête le mot aliénation mentale, confondu des idiots et des épileptiques avec des fous, que M. Moreau de Jonnès s'est trouvé logiquement conduit d'un point de vue inexact à une conséquence erronée.

Mais la critique n'est pas seulement en droit d'infirmer l'induction erronément déduite de faits qui ne la contiennent pas, elle peut et elle doit s'attaquer aux faits eux-mêmes, qui n'ont pas la valeur scientifique que M. Moreau de Jonnès leur attribue.

Les faits que M. Moreau de Jonnès a eus à sa disposition résultent du rapprochement des documents annuellement fournis par les médecins des asiles d'aliénés. Le tableau dont ces médecins sont appelés à remplir les colonnes a été construit d'après une classification de causes essentiellement défectueuse.

Dans ce tableau, l'idiotie et l'épilepsie sont classées comme cause de l'aliénation mentale, sans distinction des diverses catégories de malades.

On a vu que les mots irritation excessive (le tableau porte irritabilité excessive), employés pour désigner une cause de la folie, n'ont pas de sens déterminé. Je n'ai jamais rien trouvé à mettre dans la colonne du tableau qui porte ce titre. Les médecins qui ont cru pouvoir y introduire des chiffres n'ont dû y ranger que des causes morales.

La misère (le tableau porte dénûment), connue comme

cause de la folie, est un terme fort vague, et qui a besoin d'être défini par sa valeur, pour que les chiffres rangés sous ce mot expriment une même cause. Quand j'ai employé le mot *misère* pour désigner une des causes de la folie, j'ai entendu l'appliquer au chagrin qui résulte des privations et des inquiétudes attachées à l'état de pauvreté. La misère a été pour moi une cause morale. Je ne nie pas qu'une alimentation insuffisante et malsaine, le froid et l'air vicié, qui sont les circonstances physiques que le mot *misère* implique, ne puissent être des causes, et alors des causes physiques de folie; mais dans les faits que j'ai observés, l'élément générateur de la folie m'a paru constamment être l'élément moral, le chagrin des privations pour soi et pour les siens. La misère est rangée dans le tableau, et par M. Moreau de Jonnés, au nombre des causes physiques.

Dans les causes morales ne se trouvent comprises, ni la joie, ni la frayeur, ni la colère, qui sont pourtant des causes de la folie assez importantes, et qui ne peuvent être rapportées à aucune des six colonnes ouvertes dans le tableau sous les noms de chagrins domestiques, amour et jalousie, religion mal entendue, ambition, orgueil, politique. J'ai été forcé d'ouvrir dans les états annuels que j'ai fournis conformément aux instructions, une colonne supplémentaire pour les causes qui ne pouvaient entrer dans le cadre tracé, et ces causes assez nombreuses étaient surtout des causes morales.

Je n'ai pas épuisé, mais je n'étendrai pas plus loin cette critique des bases d'après lesquelles ont été recueillis les faits que M. Moreau de Jonnés a eus à sa disposition. Ce que j'ai dit suffit pour diminuer singulièrement la valeur scientifique de ces faits. Et je n'ai pas besoin de leur contester toute valeur, puisque ces faits, convenablement appréciés, contiennent après tout, au point de vue le plus général, la confirmation de la vérité.

Que la prédominance des causes morales sur les causes physiques dans la génération de la folie soit une vérité acquise à

la science, c'est ce que l'observation avait enseigné aux anciens, ce que les recherches statistiques ont démontré pour les modernes, pour Pinel, Hébreard, Esquirol, Georget, MM. Voisin, Falret, Révolat, Guislain, Brierre de Boismont, Aubanel, Thore, Bottex, etc., etc.; c'est ce que je crois avoir solidement et définitivement établi en 1839, et par mes propres observations, et par la discussion approfondie des documents jusqu'alors publiés.

L'observation de tous les jours confirme pour moi cette vérité (1); et je crois qu'elle sera à l'avenir sanctionnée par toutes les observations faites avec rigueur et méthode.

Les inductions que j'ai formulées en 1839 étaient le résultat de la discussion de 573 faits recueillis à Saint-Yon, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1835 jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 1838. Des inductions identiques ressortent des faits que j'ai continué à recueillir, et dont l'ensemble comprend aujourd'hui l'étude de 1,476 faits dans une période de huit années.

Je joins à ce mémoire le tableau et la discussion détaillée de ces faits, et je reproduis ici les principales inductions qui en découlent.

1<sup>o</sup> Les causes morales l'emportent en fréquence sur toutes les autres causes déterminantes de la folie.

Proportions : Mémoire 1839, 63 sur 100. Documents joints à ce travail (1843), 664 sur 1000.

2<sup>o</sup> Les catégories des causes les plus actives sont : les excès sensuels, les intérêts de famille, les intérêts de fortune.

3<sup>o</sup> L'abus des boissons alcooliques est la cause déterminante la plus active.

Proportions : Mémoire 1839, 18 sur 100. Documents 1843, 185 sur 1000.

---

(1) Voir mes rapports sur le service médical de l'asile des aliénés de Saint-Yon, années 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841 et 1842.

4° Les causes morales sont plus fréquentes chez la femme.

Proportions : Mémoire 1839 ;

Chez la femme, 71 sur 100. Documents 1843, 762 sur 1000

Chez l'homme 55 — — 565 —

5° La catégorie des causes les plus actives est, chez l'homme, celle des excès sensuels ;

Chez la femme, celle des intérêts de famille.

6° La cause la plus active est, chez l'homme, l'abus des boissons alcooliques.

Documents 1843, 284 sur 1000

Chez la femme, les chagrins domestiques.

Documents 1843, 180 sur 1000

Qu'il me soit permis d'ajouter ici quelques mots relativement à la question du nombre des aliénés, et à celle de l'influence de la civilisation sur la fréquence de la folie.

Dans mes recherches publiées en 1839, j'ai examiné ces deux questions.

A propos de la première, la discussion des documents publiés par M. le docteur Ferrus dans son important ouvrage intitulé : *Des Aliénés*, m'avait conduit à évaluer approximativement, pour la France, le nombre des aliénés à 16,170, et le rapport des aliénés à la population à 1 sur 2,000.

Relativement à la question de l'influence de la civilisation, j'ai établi dans mon mémoire que les progrès de la civilisation ont une influence complexe sur le nombre des aliénés ; qu'ils tendent à accroître ce nombre par certains de leurs éléments, à le diminuer par d'autres, et qu'à supposer ce progrès aussi complet que possible, le résultat définitif devrait être la diminution du nombre des aliénés.

# CAUSES DE L'ALIÉNATION MENTALE.

Tableau des documents recueillis à Saint-Yon, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1835 jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1843, comprenant tous les malades admis sans distinction.

		Hommes.	Femmes	Total.	Hommes.	Femmes.	Total.	
Nombre des admissions . . . . .		754	722	1476				
Nombre des malades pour lesquels il y a eu défaut de renseignements. . . . .		159	126	285				
Nombre des malades sur lesquels portent les observations.		595	596	1191				
Causes inconnues. . . . .		143	155	298	143	155	298	
Grand âge. . . . .		2	4	6	2	4	6	
CAUSES MORALES.	Religion . . . . .	Dévotion exaltée . . . . .	44	24	58	15	25	38
		Scrupules de conscience, remords. . . . .	2	1	3			
	Amour . . . . .	Amour contrarié. . . . .	12	30	42			
		Jalousie . . . . .	6	16	22	18	46	64
		Chagrins domestiques . . . . .	22	74	96			
	Famille et affections . . . . .	Perte d'une personne aimée, inquiétudes pour la vie. . . . .	31	46	77	54	123	170
		Joie à propos d'affections. . . . .	1	2	3			
		Revers de fortune, perte d'argent, de place, inquiétudes à propos d'intérêts et d'argent. . . . .	67	45	112			
	Fortune. . . . .	Chagrin à propos des privations de la misère. . . . .	7	9	16	81	60	141
		Vocation contrariée. . . . .	6	4	10			
		Envie . . . . .	1	2	3			
		Amour-propre blessé . . . . .	4	3	7			
	Réputation . . . . .	Atteintes à la réputation, chagrin à propos de diffamation. . . . .	2	9	11	14	12	26
		Chagrin à propos de protestations ou de condamnations judiciaires. . . . .	8	"	8			
		Frayeur, impression d'un spectacle pénible . . . . .	25	27	50			
	Conservation . . . . .	Pudeur blessée . . . . .	"	4	4	38	44	82
		Colère. . . . .	12	9	21			
		Inquiétudes pour la santé, chagrin d'infirmité accidentelle. . . . .	3	4	7			
	Patrie. . . . .	Exaltation politique. . . . .	2	"	2	4	2	6
		Nostalgie . . . . .	2	2	4			
			222	311	533			
EXCÈS.	Intellectuels.	Excès d'études, de travail intellectuel, veilles. . . . .	6	1	7	6	1	7
		Inconduite, libertinage, excès vénériens . . . . .	47	4	51			
	Sensuels.	Onanisme . . . . .	13	4	17	142	45	187
		Abus des boissons alcooliques. . . . .	112	57	169			
		148	66	214				
CAUSES ORGANIQUES.	Cérébrales.	Idiotie . . . . .	22	16	38			
		Epilepsie . . . . .	53	10	63	63	29	92
		Maladies cérébrales fébriles ou non fébriles. . . . .	9	5	14			
	Non cérébrales communes aux deux sexes.	Maladies aiguës ou chroniques . . . . .	4	7	11			
		Suppression d'hémorrhagies ou des maladies fluxionnaires . . . . .	5	"	5	7	7	14
	Non cérébrales spéciales à la femme.	Grossesse . . . . .	"	1	1			
		Suites de couches. . . . .	"	32	32	"	45	45
		Aménorrhée. . . . .	"	10	10			
			70	79	149			
	Causes externes . . . . .	Insolation . . . . .	3	"	3			
		Chutes sur la tête. . . . .	4	1	5	10	1	11
		Action du mercure . . . . .	3	"	3			
		10	10	20	595	596	1191	

*Discussion des faits.*

Les 1,476 faits se répartissent ainsi qu'il suit d'après la nature de la maladie constatée au moment de l'admission des malades.

	Hommes.	Femmes.	Deux sexes.
Folie simple aiguë. . . . .	458	515	973
— chronique . . . .	109	138	247
Folie compliquée convulsive. .	14	2	16
— paralytique. .	105	33	138
— épileptique. .	41	12	53
Imbécillité sénile . . . . .	2	4	6
— paralytique. . . . .	3	2	5
Idiotie. . . . .	22	16	38
	<u>754</u>	<u>722</u>	<u>1,476</u>

On retrouve dans le tableau général des documents se rapportant à tous les malades sans distinction, comme indication de causes correspondantes :

	Hommes.	Femmes.	Deux sexes.
A l'imbécillité sénile, grand âge .	2	4	6
A l'idiotie, idiotie . . . . .	22	16	38
A la folie épileptique, épilepsie. .	32	10	42
A l'imbécillité paralytique, maladies cérébrales. . . . .	3	2	5
	<u>59</u>	<u>32</u>	<u>91</u>

Ces chiffres représentent des causes essentielles qui appartiennent à la pathogénie et en même temps le nombre des malades atteints de maladies autres que la folie.

Ces chiffres doivent être écartés de la discussion étiologique, comme les sujets d'observation auxquels ils se rapportent doivent être retranchés du nombre des faits à discuter.



Ce retranchement réduit les faits à discuter ainsi qu'il suit :

	Hommes.	Femmes.	Deux sexes.
<i>A reporter.</i> . . . .	59	32	91
Cas de folie. . . . .	686	688	1,374
Cas de folie épileptique où une cause a pu être déterminée . . . .	9	2	11
	<u>754</u>	<u>722</u>	<u>1,476</u>

*Classification des faits.*

	Hommes.	Femmes.	Deux sexes.
Nombre total des observations . . . .	754	722	1,476
Nombre des causes ignorées à défaut de renseignement . . . .	<u>159</u>	<u>126</u>	<u>285</u>
Nombre des malades sur lesquels portent les observations. . . .	595	596	1,191
Causes essentielles correspondantes aux maladies autres que la folie. . . . .	<u>59</u>	<u>32</u>	<u>91</u>
Nombre des observations de folie sur lesquelles portent les inductions . . . . .	<u>536</u>	<u>564</u>	<u>1,100</u>

*Répartition des causes en classes de premier ordre.*

	Hommes.	Femmes.	Deux sexes.
Causes inconnues. . . . .	143	155	298
Causes morales. . . . .	222	311	533
Excès intellectuels et sensuels. . . .	148	46	194
Causes organiques, déduction faite des causes essentielles. . . .	13	51	64
Causes externes. . . . .	10	1	11
	<u>536</u>	<u>564</u>	<u>1,100</u>

*Rapports de fréquence entre les causes connues.*

	CAUSES MORALES.		CAUSES AUTRES.
Hommes. . . . .	222 sur 393, 565 sur 1,000,	171 sur 393, 435 sur 1,000	
Femmes. . . . .	311 sur 409, 762 —	98 sur 409, 239 —	
Deux sexes. . . . .	533 sur 802, 564 —	269 sur 802, 335 —	

*Classement par ordre de fréquence des catégories de causes ,  
sans distinction du sexe.*

Excès sensuels. . . . .	187 sur 802	233 sur 1,000
Famille et affections. . . . .	176 —	219 —
Fortune. . . . .	141 —	175 —
Conservation . . . . .	82 —	102 —
Amour . . . . .	64 —	79 —
Causes organiques spéciales à la femme. . . . .	43 —	53 —
Religion. . . . .	38 —	47 —
Réputation. . . . .	26 —	32 —
Causes organiques non cérébrales communes . . . . .	14 —	17 —
Causes externes. . . . .	11 —	13 —
Causes organiques cérébrales . . .	7 —	8 —
Excès intellectuels. . . . .	7 —	8 —
Patrie. . . . .	6 —	7 —
	<u>802</u>	

*Classement des catégories de causes suivant le sexe.*

CHEZ L'HOMME.

Excès sensuels. . . . .	142 sur 393	361 sur 1,000
Fortune . . . . .	81 —	206 —
Famille et affections . . . . .	54 —	137 —
Conservation. . . . .	38 —	96 —
Amour. . . . .	18 —	45 —
Réputation. . . . .	14 —	35 —
Religion . . . . .	13 —	33 —
Causes externes . . . . .	10 —	25 —
Causes organiques non cérébrales . . . . .	7 —	17 —
Causes organiques cé- rébrales . . . . .	6 —	15 —
Excès intellectuels . . . . .	6 —	15 —
Patrie . . . . .	4 —	10 —

## CHEZ LA FEMME.

Famille et affections .	122 sur 409	298 sur 1,000
Fortune . . . . .	60 —	146 —
Amour . . . . .	46 —	112 —
Excès sensuels . . .	45 —	110 —
Conservation . . . .	44 —	107 —
Causes organ. spécial.	43 —	104 —
Religion . . . . .	25 —	61 —
Réputation . . . . .	12 —	29 —
Caus. org. non céréb.	7 —	17 —
Patrie . . . . .	2 —	4 —
Causes organ. cérébr.	1 —	2 —
Excès intellectuels . .	1 —	2 —
Causes externes . . .	1 —	2 —
	<hr/> 409 <hr/>	

*Causes particulières les plus fréquentes.*

## CHEZ LES DEUX SEXES.

1° Abus des boissons alcooliques .	149 sur 802	185 sur 1,000
2° Revers de fortune . . . . .	112 —	139 —
3° Chagrins domestiques . . . . .	96 —	119 —
4° Perte d'une personne aimée . .	77 —	96 —

## CHEZ L'HOMME.

1° Abus des boissons alcooliques .	112 sur 393	284 sur 1,000
2° Revers de fortune . . . . .	67 —	170 —
3° Perte d'une personne aimée . .	31 —	78 —
4° Frayeur . . . . .	23 —	58 —

## CHEZ LA FEMME.

1° Chagrins domestiques . . . . .	74 sur 409	180 sur 1,000
2° Perte d'une personne aimée . .	46 —	112 —
3° Revers de fortune . . . . .	45 —	110 —
4° Abus des boissons alcooliques .	37 —	90 —

---

## NOTE SUR LA FOLIE

A LA SUITE

**DES FIÈVRES INTERMITTENTES,**

LUE A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

PAR

**M. J. BAILLARGER.**

Parmi les médecins qui ont écrit en France sur les maladies mentales, plusieurs ont indiqué les fièvres en général comme prédisposant à la folie. Aucun ne paraît avoir fixé son attention d'une manière spéciale sur les fièvres intermittentes, signalées par Sydenham, Boerhaave et quelques auteurs allemands comme une cause assez fréquente des dérangements de l'intelligence.

Ce silence des manigraphes français peut s'expliquer jusqu'à un certain point. Presque tous, en effet, ont observé la folie à Paris, où les fièvres intermittentes ne sont pas communes et où elles acquièrent rarement l'intensité qu'elles ont dans d'autres localités. On peut donc admettre que si quelques faits se sont présentés, ils ont pu passer inaperçus.

Avant d'aller plus loin, je crois devoir rappeler le passage dans lequel Sydenham parle de l'influence des fièvres intermittentes sur la production de la folie. J'emprunte ce passage à la traduction de Beaumès.

Après avoir indiqué les nombreux accidents qui suivent les fièvres intermittentes, accidents, dit-il, dans le détail desquels il ne peut entrer, Sydenham ajoute :

« Mais je ne saurais m'empêcher de parler d'un symptôme

important, qui, bien loin de céder aux purgatifs, pas même à la saignée, devient au contraire plus violent par ces remèdes. C'est une sorte de manie particulière, laquelle vient quelquefois après les fièvres intermittentes qui ont duré fort longtemps, et surtout après les fièvres quartes. »

Sydenham insiste ensuite sur le traitement de cette espèce de folie contre laquelle il recommande les toniques.

Il ne saurait assurément y avoir ici aucun doute. L'illustre praticien anglais a observé à la suite de fièvres intermittentes une espèce particulière de folie. Il l'a observée assez souvent, et s'étonne que les auteurs qui l'ont précédé n'en aient rien dit. On peut à plus forte raison manifester aujourd'hui le même étonnement du silence des médecins qui ont écrit en France sur les maladies mentales.

C'est l'oubli presque complet dans lequel est resté chez nous ce point de pathologie qui m'engage à communiquer à la Société les deux faits suivants, dans le but surtout de provoquer sur ce sujet de nouvelles recherches.

Pour ne point abuser des moments de la Société, je crois pouvoir me borner à lire un extrait des deux observations que j'ai recueillies.

## OBSERVATION PREMIÈRE (1).

M. B..., âgé de vingt-cinq ans, chef de bureau dans une administration, fut amené à la maison de Charenton, le 12 août 1833, d'un département où les fièvres intermittentes sont endémiques.

Il résulte des renseignements donnés par la famille que ce jeune homme entrait à peine en convalescence d'une fièvre intermittente qui avait duré six semaines, lorsque la folie a éclaté

---

(1) Cette observation est une de celles que j'ai publiées avec détail dans mon Mémoire sur la stupidité.

tout-à-coup après quelques jours d'une céphalalgie très intense.

On eut recours sans succès aux saignées générales, aux applications de sangsues et aux bains, et M. B... fut conduit à Charenton, offrant tous les symptômes de la variété de folie décrite par Georget sous le nom de stupidité.

La physionomie dénotait une profonde hébétude ; le malade restait toute la journée immobile à la même place dans un état complet de mutisme. Il ne prenait aucun soin de propreté : on était obligé de le faire manger.

M. Esquirol fit appliquer un large vésicatoire à la nuque, et après trois mois la guérison était complète.

#### OBSERVATION DEUXIÈME.

N..., âgée de quarante-quatre ans, avait eu à Nantes une fièvre intermittente tierce, qui s'était prolongée pendant trois mois; elle était convalescente depuis trois semaines lorsqu'elle retomba malade à Paris. On crut d'abord que c'était une récédive de la fièvre intermittente. Le premier jour, en effet, il y eut une fièvre très forte qui se termina par une sueur très abondante. Cependant cette fièvre n'a plus reparu; mais depuis ce moment on a observé des signes non équivoques de folie. Le 14 juin dernier, cette femme fut amenée à la Salpêtrière dans le service de M. Mitivié. La physionomie avait une expression de crainte et indiquait en même temps une sorte d'hébétude. La malade ne semblait pas savoir où elle était, ni comprendre ce qu'on lui voulait. Elle avait l'air égaré, et ne prononçait que quelques phrases très courtes et sans suite. Elle craignait qu'on ne la fit porter à la Morgue, qu'on ne l'empoisonnât, etc. Ses vêtements étaient en désordre et on était obligé de la faire manger. Après un mois elle fut retirée de la Salpêtrière par sa famille, avant qu'on eût encore obtenu aucune amélioration.

Les deux observations que je viens de lire ont ceci de commun que les malades étaient tous deux convalescents d'une fièvre intermittente lorsque la folie a éclaté sans cause occasionnelle

appréciable. Je crois devoir rappeler que c'est aussi pendant la convalescence des fièvres intermittentes que Sydenham a vu survenir la folie. Il dit positivement qu'elle leur succède et non pas qu'elle les complique. Ce point est encore confirmé par un médecin allemand, Sébastiaan, qui va jusqu'à dire que, dans certains cas, le délire n'éclate que plusieurs mois après la cessation de la fièvre. Le même auteur ajoute que la folie survient souvent lorsque la fièvre récidive : or, c'est ce qui paraît avoir eu lieu chez la seconde malade dont je viens de parler.

Les deux faits qui précèdent se trouvent donc complètement d'accord avec ceux qu'ont indiqués Sydenham et Sébastiaan, et dont les auteurs qui ont écrit en France sur la folie n'ont rien dit. J'ai pensé que ces faits auraient peut-être sous ce rapport quelque intérêt.

Je pourrais, messieurs, m'arrêter ici, me bornant à faire appel à de nouvelles recherches ; mais les deux observations que j'ai recueillies confirment d'une manière singulière un autre passage de Sydenham dans lequel, après avoir parlé de la folie en général, il revient sur celle que provoquent les fièvres intermittentes.

« Il y a, dit-il, une autre espèce de manie qui succède aux fièvres intermittentes de longue durée et qui dégénère enfin en stupidité. »

Sydenham ne se borne plus ici à signaler la folie à la suite des fièvres intermittentes. Il lui assigne dans ce cas un caractère ou au moins une terminaison spéciale. Elle dégénère, dit-il, en stupidité.

Or, ne dois-je pas faire remarquer que les deux malades dont j'ai parlé sont précisément tombés dans cet état de stupidité signalé par Sydenham ?

Cette complication n'a d'ailleurs rien qui doive surprendre, puisqu'elle survient quelquefois à la suite des fièvres intermittentes sans être précédée d'aucun dérangement de l'intelligence.

Je rappellerai entre autres les faits suivants :

Le docteur Trusen cite l'observation d'un militaire, âgé de

vingt-six ans, qui, après une fièvre intermittente tierce, resta pendant quatre mois dans un état de stupeur avec une sorte d'insensibilité générale. Les mêmes symptômes, survenus aussi à la suite d'une fièvre intermittente, persistèrent à peu près le même temps chez un autre militaire, âgé de vingt-huit ans. Chez un troisième malade, la stupeur disparut après deux mois.

M. Nepple, dans son *Traité des fièvres intermittentes*, rapporte aussi l'observation d'un malade qui passa vingt jours dans une sorte d'idiotisme.

Enfin M. Moreau, médecin de Bicêtre, a vu à l'hôpital de Tours, où les fièvres intermittentes sont très communes, un fait du même genre, mais dans lequel l'idiotisme persista beaucoup plus longtemps.

Ainsi un état de stupeur ou d'idiotisme, pouvant se prolonger pendant plusieurs mois, est un des accidents consécutifs des fièvres intermittentes. On conçoit donc qu'il soit aussi une complication de la folie survenue à la suite des mêmes fièvres.

Il me reste à examiner comment les fièvres intermittentes peuvent concourir à produire la folie, et pourquoi la folie, dans ce cas, dégénère en stupidité.

La nature des fièvres intermittentes n'est pas connue, mais on a pu assez facilement démontrer qu'elles avaient beaucoup d'analogie avec les affections nerveuses. Or, les maladies du système nerveux, par l'ébranlement et l'excitation qu'elles lui impriment, prédisposent toutes plus ou moins à la folie. L'épilepsie, l'hystérie, la chorée, les gastralgies, etc., sont dans ce cas. Les fièvres intermittentes peuvent donc agir de la même manière; mais elles semblent sous un autre rapport avoir une action encore plus directe.

Tout le monde sait qu'un état particulier d'anémie est un résultat constant des fièvres intermittentes qui se prolongent. Il résulte de cet état une prédominance fâcheuse du système nerveux sur le système circulatoire, et, chez les sujets disposés aux



affections nerveuses, c'en est assez pour les produire. Je rappellerai à cette occasion les perversions morales des chlorotiques, l'excitabilité nerveuse développée chez beaucoup de sujets par des saignées abondantes, et enfin cette proposition si souvent répétée, mais si vraie, que le sang est le modérateur des nerfs : *Sanguis moderator nervorum*.

Ainsi les fièvres intermittentes prédisposent à la folie de deux manières : d'abord en agissant comme toutes les affections nerveuses, mais bien plus encore, peut-être, en produisant l'anémie et la prédominance du système nerveux sur le système circulatoire. C'est pourquoi Sydenham, dans les cas de ce genre, recommande avant tout les toniques.

Il est plus facile encore de s'expliquer pourquoi la folie provoquée par les fièvres intermittentes prolongées dégénère en stupidité.

Les hydropisies sont, comme on sait, un des accidents consécutifs les plus communs des fièvres intermittentes. Or les épanchements séreux, comme le remarque avec raison M. Bretonneau, se font tantôt dans un point, tantôt dans un autre, selon la prédominance d'irritation de tel ou tel organe.

C'est donc au cerveau qu'affluera la sérosité chez un sujet aliéné. On conçoit donc très bien comment la folie, à la suite des fièvres intermittentes, se complique d'œdème du cerveau, et comment de cet œdème résultera une compression qui jettera le malade dans l'état de stupidité indiqué par Sydenham, et que j'ai rencontré dans les faits que j'ai rapportés.

Ces idées se présentent si naturellement que le docteur Trusen a cité les observations de stupeur à la suite de fièvres intermittentes que j'ai rappelées, comme des exemples d'hydrocéphale. Cela a paru si simple encore, dans le fait vu à l'hôpital de Tours, que M. Bretonneau fit appliquer sur la tête du malade un large vésicatoire pour faciliter la résorption du liquide épanché.

On pourrait donc *à priori* attribuer la stupidité et la suite des

fièvres intermittentes à l'œdème du cerveau ; mais voici des preuves plus directes.

M. Etoc, médecin en chef de l'hospice des aliénés de la Sarthe, qui a publié une excellente monographie sur la stupidité, a recherché à quelle lésion anatomique cette complication pouvait être rapportée. Or, dans toutes les autopsies qu'il a faites, il a constamment trouvé une véritable hypertrophie du cerveau produite par l'œdème de la substance cérébrale.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est que M. Etoc n'a rien dit dans son travail de l'influence des fièvres intermittentes sur la production de la stupidité ; cependant il eût pu invoquer cette influence, qui explique jusqu'à un certain point l'œdème du cerveau. L'altération signalée par M. Etoc a donc été observée en dehors de toute idée préconçue, et les faits qu'il a publiés ont sous ce rapport d'autant plus de valeur.

Mais si la stupidité est, dans quelques cas au moins, le résultat de l'œdème de la substance cérébrale, on comprend combien les saignées, dans la folie, à la suite de fièvres intermittentes, doivent faciliter cette complication en augmentant l'état d'anémie déjà produit par les fièvres : aussi ont-elles été proscrites par Sydenham. On doit regretter que ce précepte ait été oublié pour le premier malade dont j'ai rapporté l'observation. Ce malade avait eu plusieurs années auparavant deux accès de folie. L'un avait duré six semaines, l'autre quinze jours seulement. Le troisième accès, au contraire, survenu à la suite d'une fièvre intermittente et traité au début par la saignée, s'est compliqué de stupidité et s'est prolongé pendant quatre mois. Ce troisième accès a donc duré deux fois plus longtemps que les deux premiers accès réunis. C'est un fait qui pourrait servir d'exemple dans des cas analogues.

Je crois devoir rappeler en terminant que c'est après avoir vainement cherché dans les ouvrages de Pinel, d'Esquirol, de Fodéré, de Georget et des autres manigraphes français quelques détails sur les faits signalés par Sydenham, que j'ai cru devoir

communiquer cette note à la Société, dans le but surtout de provoquer sur ce sujet de nouvelles observations.

Plusieurs membres de la Société de médecine ont objecté que les deux observations que j'ai citées étaient tout-à-fait insuffisantes pour prouver que les fièvres intermittentes provoquent quelquefois la folie. Il y a tant de fièvres intermittentes, a-t-on dit, que si elles avaient quelque action sous ce rapport, les faits devraient être très nombreux. J'ajouterai moi-même une autre objection : les deux observations qui précèdent ont d'autant moins de valeur que les malades avaient eu antérieurement des accès de folie.

Je ne puis répondre à cela qu'en répétant ce que j'ai dit dans le cours de la note : Sydenham a vu souvent la folie, et une espèce particulière de folie, survenir à la suite des fièvres intermittentes. Il s'étonne du silence des auteurs à cet égard. Sébastiaan a fait un long Mémoire sur le même sujet ; il regarde la folie à la suite des fièvres intermittentes comme assez fréquente, et cite un certain nombre d'observations. Si on admet que Sydenham et Sébastiaan aient bien observé, d'où vient le silence des manigraphes français, de Pinel, d'Esquirol, etc. ? Mon seul but est d'appeler l'attention sur ce point d'étiologie et de provoquer des observations. Les deux cas isolés que j'ai cités n'ont par eux-mêmes aucune importance, car deux observations ne prouvent rien. J'ajouterai cependant ici un troisième fait, que j'ai trouvé dans les registres de la maison royale de Charenton.

M. B..., âgé de soixante-douze ans, ancien curé, est entré à Charenton le 12 décembre 1822.

Son délire, caractérisé par des idées ambitieuses, datait de sept mois.

On l'attribuait à la suppression de deux cautères que le malade avait depuis longtemps.

M. B... avait eu, vingt-quatre ans auparavant, un premier accès, qui était survenu à la suite d'une fièvre quarte.

Il y avait d'ailleurs très probablement chez M. B... une prédisposition héréditaire : une de ses sœurs avait été atteinte d'aliénation.

Parmi les causes de folie indiquées par MM. Aubanel et Thore, dans leur Statistique de Bicêtre, se trouve aussi un cas de folie à la suite des fièvres intermittentes.

Le Traité de l'aliénation mentale de Pinel offre encore l'observation suivante (p. 354) : « Un homme de lettres, sujet à des excès de table, et guéri depuis peu d'une *fièvre tierce*, éprouve vers l'automne toutes les horreurs du penchant au suicide, etc. »

M. le docteur Payen, médecin de l'hospice des aliénés d'Orléans, m'a promis de me communiquer une observation de folie à la suite de fièvre intermittente.

Un fait du même genre s'est présenté, m'a-t-on dit, cette année dans le service de M. Falret.

Je crois donc qu'en étudiant désormais ce point d'étiologie dans les localités où les fièvres intermittentes sont fréquentes, on arriverait bientôt à recueillir un nombre de faits assez considérable.

Louyer Villermay, dans une consultation faite pour une dame atteinte d'hypochondrie *par suppression d'une fièvre intermittente*, dit que la suppression de ces fièvres, surtout quand elle a été brusque, détermine quelquefois des affections nerveuses.

J'ajouterai que je connais plusieurs observations d'épilepsie survenues à la suite de fièvres intermittentes.

En résumé, il s'agit, quant à la folie, d'étudier un point d'étiologie, et mon travail n'a pas d'autre but que de provoquer des observations et des recherches sur ce sujet (1).

---

(1) Nous donnerons dans le prochain numéro un extrait du Mémoire de Sébastiaan, qu'un de nos collaborateurs s'est chargé de traduire.

---

**NÉVROSES.**

---

**RECHERCHES ET CONSIDÉRATIONS**

RELATIVES A LA

**SYMPTOMATOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE,****PAR M. BILLOD.**

---

C'est sans doute un sujet bien digne de l'attention des médecins qu'une maladie aussi foudroyante dans ses symptômes, aussi obscure dans sa pathogénie, et aussi rebelle à toute médication que l'épilepsie. Mais pour se livrer à une exploration fructueuse du sujet, pour concourir aux progrès de la science, l'observateur est obligé de chercher ailleurs que dans l'anatomie pathologique le point d'appui qui convient à sa marche incertaine, l'épilepsie, comme on sait, n'étant point encore comprise dans le rayon lumineux qu'a projeté autour d'elle cette science toute moderne.

Mais, si l'anatomie pathologique nous fait complètement défaut, nous trouvons dans la physiologie pathologique un très puissant auxiliaire. Nous entendons, par physiologie pathologique, une appréciation aussi analytique, aussi physiologique que possible des symptômes, seuls éléments qui puissent ici être saisis par l'observation.

C'est donc avec une conviction intime de l'importance de la symptomatologie que nous nous livrons à ces recherches, qui

du reste ne constituent que la première partie d'un travail que nous espérons étendre à des questions relatives à l'étiologie et aux autres points de l'histoire de l'épilepsie, quand nous serons pourvus de documents plus nombreux et que nous aurons plus longuement médité sur le sujet.

C'est dans le service de mon excellent maître M. le docteur Voisin, dans la première section des épileptiques de Bicêtre, que j'ai puisé tous mes faits. Cent épileptiques soumis à mon observation m'ont fourni une base à ce travail. Puisse l'observation avoir eu, dans mes mains, un peu de l'utilité que lui attribue Bacon, celle du *phare qui doit illuminer l'édifice*.

Les symptômes de l'épilepsie se divisent tout naturellement en symptômes *précurseurs*, symptômes *de l'accès* proprement dits, et symptômes *consécutifs*. On peut joindre à ces trois groupes un ensemble de signes qui, résultant des diverses modifications à la longue et incessamment imprimées à l'organisme par l'état épileptique, pourraient caractériser et faire admettre une constitution *épileptique*. Telles sont les quatre divisions de notre travail.

#### 1<sup>o</sup> Symptômes précurseurs.

Ces phénomènes manquent assez souvent. Chez un assez grand nombre de malades, en effet, l'attaque est soudaine, éclate sans être annoncée par aucun signe appréciable; elle surprend l'individu dans toute l'intégrité de ses fonctions et facultés, et l'on observe un développement simultané aussi bien qu'instantané des divers symptômes de l'accès; mais, chez d'autres malades, qui font l'objet de cette première partie, l'accès, dont l'invasion peut être tout aussi foudroyante que dans le cas précédent, est précédé de phénomènes précurseurs ou prodromes que nous pouvons tout d'abord diviser en deux séries. La première se composera de prodromes que nous nommerons *immédiats*, parce qu'ils ne précèdent l'accès que d'un temps fort court, à peine appréciable, qu'ils paraissent faire corps avec cet accès

qui succède à leur manifestation aussi nécessairement et aussi rapidement que l'éclat du tonnerre au sillonnement de l'éclair, et dont ils constituent en quelque sorte une des phases, le premier degré.

La deuxième série comprendra des prodromes que nous nommerons *médiats*, parce qu'ils ne précèdent pas l'accès d'un temps aussi court, mais d'un temps variable entre quelques minutes et quelques jours, et qu'ils peuvent paraître indépendants de cet accès : telle serait, par exemple, une épistaxis observée deux heures avant une attaque d'épilepsie. Nous sommes forcé d'admettre ici cette restriction, qu'un phénomène, pour être réputé précurseur, pour revêtir tous les caractères du vrai prodrome, doit avoir précédé et précéder ordinairement chaque attaque, sans quoi il serait possible de rattacher à l'épilepsie ce qui en est indépendant, de voir dans une simple coïncidence une relation de cause à effet.

*Phénomènes précurseurs MÉDIATS.* Ceux que nous avons le plus fréquemment observés sont ; un trouble des facultés intellectuelles variable entre l'énéorème de l'ivresse ou l'aliénation partielle et l'opacité la plus complète ou l'aliénation générale ; une modification dans les facultés sensoriales, dans le cours et le rappel des idées, dans le caractère, qui peut brusquement devenir insolent de poli, irascible et impatient de doux et patient, impudique de réservé, relâché d'austère, léger de grave, grossier d'honnête, audacieux de hardi, insouciant d'inquiet, joyeux et loquace de triste et taciturne, et *vice versa*. Celui-ci présente des hallucinations ou des illusions, ou l'un et l'autre phénomène ; celui-là, une légère excitation maniaque ; un autre, de la manie franche. Tel perçoit une sensation d'amertume, tel autre exhale une odeur particulière *sui generis*. D'autres fois ce sont des palpitations de cœur, de la constriction ou anxiété épigastrique, des frissons irréguliers. Chez plusieurs épileptiques le visage pâlit ou se colore, les yeux s'injectent, leur pupille se dilate, ils sont agités par un tremblement vibratile et brillent d'un éclat

inaccoutumé, les paupières paraissent plus humectées. Quelques personnes ont une hémorrhagie, ou éprouvent de la céphalalgie, des tintements d'oreilles, des éblouissements, des battements de l'artère temporale, etc.; ces derniers signes se manifestent ordinairement chez les épileptiques à tempérament sanguin.

Donnons quelques exemples.

Quelques malades, dont les observations ont été publiées dans la *Gazette des hôpitaux* pour servir de base à la distinction d'une variété d'épilepsie que l'on peut nommer *hystérique*, nous ont présenté des prodromes médiats.

Le premier de ces malades, nommé Sichel, est pris, une demi-heure avant l'accès, d'un fourmillement et d'une faiblesse insolites dans les jambes, d'un trouble intellectuel à peu près comme on l'observe dans l'ivresse alcoolique.

Les prodromes du deuxième malade, nommé Leclère, consistent en tristesse, avec trouble de la vue et pesanteur de tête, pressentiment et crainte d'accès.

Le troisième, nommé Bayle, est averti deux heures d'avance par une épistaxis et des crampes articulaires.

Le quatrième malade sera cité quand il sera question des prodromes immédiats.

Quelques autres malades dont l'épilepsie n'affecte pas la forme hystérique de ceux dont nous venons de parler, nous ont présenté quelques particularités au point de vue des prodromes médiats.

Un jeune homme, nommé Beaurain, âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, d'une mémoire et d'une intelligence médiocres, ayant eu la scarlatine sans complication à l'âge de neuf ans, et une fièvre cérébrale avec délire intense à l'âge de dix, est atteint d'épilepsie depuis trois ans. Cette maladie semble reconnaître pour causes des excès de masturbation et une vive frayeur éprouvée dans une cave huit jours avant l'explosion du premier accès. Chaque paroxysme est précédé deux ou trois jours à l'avance d'un état d'excitation maniaque, avec délire général, tendance à frapper, et hallucinations de la vue et de l'ouïe. Ce malade voit et entend sa mère et sa sœur, avec qui il s'entretient.

Un malade, nommé Pessietto, dont l'observation, du reste, ne



présente rien de particulier, est averti de l'invasion de ses accès d'épilepsie, qui ont lieu, d'ailleurs, à une heure variable de la journée, par une envie d'aller à la selle, que souvent il ne peut satisfaire, et qui constitue un véritable ténésme; suivant l'expression du malade, *c'est une envie qui n'est pas ordinaire*.

Un vieillard, nommé Leroyer, âgé de soixante-six ans, ancien perruquier, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution ordinaire, d'une santé habituellement bonne du reste, est frappé d'accès d'épilepsie dont la fréquence a été décroissant avec l'âge. Il est une seule circonstance dont nous puissions tenir compte, comme ayant pu influer sur la production de cette maladie, c'est un exercice prématuré des fonctions génitales : ainsi le premier accès de ce malade a fait invasion pendant le premier acte copulateur auquel il s'est livré, à l'âge de treize ans. Cette cause ou circonstance occasionnelle semble avoir caractérisé les prodromes qu'ont toujours présentés les accès de cet homme, et qui consistent en un tremblement général avec un léger trouble intellectuel, tous symptômes que le malade compare à ceux qui se mourent pendant l'acte copulateur, qui ne s'en distinguerait que par la sensation agréable et spéciale ordinairement éprouvée. Le malade éprouve ces phénomènes entre cinq et dix minutes avant l'accès parfait; il le pressent donc, et se prémunit contre les dangers de la chute en s'étendant sur son lit ou par terre.

Un dernier malade, nommé Glibert, sur lequel nous reviendrons avec plus de détails en nous occupant des prodromes immédiats, est averti de ses accès deux jours d'avance par une céphalalgie de la partie antérieure de la tête, avec chaleur de la peau, soif, et fréquence du pouls.

Nous bornons là notre énumération. Tous ces phénomènes échappent, dans l'état actuel de la science, à toute explication physiologique, à toute théorie générale, qui affecterait une autre forme que la forme hypothétique ou dubitative. Le moment n'est point encore venu, en pathologie nerveuse, et dans ce cas particulier de l'épilepsie, de se livrer à un travail fructueux et sûr de coordination : les matériaux, les éléments nous manquent. Observons encore, et gardons-nous des inductions prématurées leur moindre danger serait d'engager l'esprit dans une fausse voie qu'il abandonnerait d'autant moins aisément qu'il s'y croirait ancré par la force du raisonnement. Le même danger n'est pas

attaché à l'hypothèse : l'esprit l'abandonne aisément quand la lumière lui vient ; car il sait , après tout , que ce n'est qu'une hypothèse ; c'est d'ailleurs un point de départ précieux , quand il est retenu dans de sages limites , pour de nouvelles investigations.

Je crois donc pouvoir dire hypothétiquement que je considère les phénomènes précurseurs médiats comme des phénomènes sympathiques éveillés dans divers organes par le cerveau , qui semblant pressentir la cause qui doit le frapper , s'ébranle préliminairement ( qu'on nous permette ce langage figuré ) , comme s'il se montrait à la cause qui doit le frapper , idiosyncrasiquement disposé à recevoir son impression. Nous devons dire , pour l'intelligence de ce que nous venons d'avancer , que nous admettons dans toute cause de maladie deux éléments distincts : un élément extérieur , indépendant de l'organe , et se tirant de toutes les circonstances extérieures , que nous voulons bien appeler causes , et qui ne sont tout au plus que les conditions extérieures du développement d'une prédisposition ; et un élément intérieur , organique , pourrait-on dire , que l'on nomme vaguement prédisposition ou disposition idiosyncrasique , dont le développement peut s'effectuer avec et quelquefois sans le concours du premier élément admis , la cause extérieure. Cette distinction de deux éléments dans toute cause agissante repose sur ce fait , que l'on voit souvent une même cause donner lieu à des maladies bien différentes suivant les individus ou encore chez un même individu suivant les temps. Il y a là certainement une réaction de l'organe sous l'influence de la condition extérieure , une manière d'être particulière. Soit , en effet , un exemple de dix individus passant brusquement du chaud au froid , tout étant égal d'ailleurs. Cette cause occasionnelle , dont l'influence ne peut être révoquée en doute , pourra développer chez deux la disposition organique à la pneumonie , il y aura pneumonie ; chez deux autres elle pourra développer la disposition au rhumatisme articulaire , et il y aura rhumatisme articulaire ; chez deux autres

il y aura angine; chez les quatre qui restent il n'y aura rien. Qui viendra me dire que dans un pareil état de choses l'organe est resté étranger à la production de la maladie, n'a pas réagi idiosyncrasiquement sous l'impression de la cause occasionnelle ?

Dans le cas qui nous occupe, les prodromes médiats seraient en quelque sorte des révélations sympathiques de la manière d'être, de l'idiosyncrasie épileptique du cerveau, indépendantes de la cause qui doit le frapper.

• *Prodromes immédiats.* Ces phénomènes, comme nous l'avons dit, font partie intégrante de l'accès, ils en sont comme le commencement et participent de sa rapidité d'invasion; ils consistent ordinairement en sensations locales, comme l'a très bien fait remarquer M. Beau, tandis que les précédents consistent en modifications de l'état général, à quelques exceptions près. Leur manifestation dans des organes plus ou moins éloignés de l'organe central d'innervation a fait assigner à l'épilepsie plusieurs sièges, et est devenu ainsi une cause d'erreur. L'erreur, erreur de mots sans doute, résulte de ce que l'on ne s'est pas entendu sur le mot siège. Le siège n'est pas la partie d'où part une cause, cette cause venant souvent de l'extérieur, mais bien l'organe vers lequel elle tend quand elle ne le frappe pas d'emblée, et sur lequel elle concentre en définitive son action spécifique. De ce que la sensation d'un souffle commence au bout d'un doigt ou d'un orteil, remonte le long du membre et détermine l'invasion de l'accès quand il arrive au cerveau, conclura-t-on que le doigt ou l'orteil est le siège de l'épilepsie ? Le véritable siège, ce me semble, est l'organe qui, par une modification que lui imprime la cause, quel que soit le point de départ de celle-ci, donne lieu aux symptômes épileptiques. Les symptômes sont en quelque sorte les actes fonctionnels de l'organe en tant qu'organe malade. Tant que le souffle marche, il n'y a pas encore d'épilepsie : à preuve, point encore de perte de conscience, point encore de convulsion; il n'y a épilepsie que quand il est arrivé au cerveau, où tout se passe alors comme s'il s'agissait

d'une attaque soudaine sans prodromes. Le cerveau reste toujours le siège de l'épilepsie, quel que soit le point de départ de la cause, qui peut résider dans des organes plus ou moins éloignés, qu'elle quitte à quelques intervalles pour venir frapper son organe *spécifique*. Ces organes éloignés souvent ne font que l'office de conducteur; c'est en passant par eux que la cause arrive à frapper le cerveau. L'évolution de la cause épileptique, dans l'épilepsie à *aura*, peut, jusqu'à un certain point, être comparée à l'évolution d'une disposition cancéreuse générale, demeurant latente jusqu'à sa localisation dans certains organes dits *spécifiques*. Le cerveau, dans toutes les épilepsies, est aussi nécessaire comme organe ou instrument de l'acte pathologique dit *attaque d'épilepsie*, que l'est le poumon pour l'acte physiologique dit *respiration*. Et d'ailleurs, comment, sur le vivant, détermine-t-on le siège d'une lésion? Par les symptômes. Du symptôme ou trouble de la fonction, on remonte par le raisonnement à la modification de l'organe. Or, à quel autre organe que le cerveau voudrait-on rapporter les symptômes de l'accès, e plus essentiel par exemple, la perte de conscience?

La transmission de la cause, dans ces sortes de *pérégrinations intermittentes*, se fait par irradiation nerveuse.

Dans ces derniers temps, M. S. Grantham a publié, dans le *London medical Gazette*, un travail sur l'épilepsie, dans lequel il arrive à diviser l'épilepsie en cérébrale, spinale et cérébro-spinale. Or, de deux choses l'une: ou l'auteur considère dans certains cas la moelle épinière, ou la moelle allongée, comme pouvant donner lieu aux symptômes épileptiques sans la participation du cerveau. Comment alors explique-t-il le caractère *involontaire* de la convulsion, et la perte de conscience et de sensibilité? A quel organe les rapporte-t-il? Tous les symptômes de l'épilepsie tendent plutôt, si je ne m'abuse, à faire admettre dans l'attaque une solidarité de modification du cerveau, de la moelle allongée et de la moelle épinière; ou bien l'auteur prétend que la moelle allongée et la moelle épinière peuvent être

dans certains cas le siège d'une lésion qui, se constituant cause d'épilepsie, transmet par irradiation nerveuse, ou par sympathie au cerveau, une impression qui le frappe d'épilepsie. J'admets ce cas avec M. Grantham, mais j'objecterai à sa division d'être nécessairement incomplète. Sous le point de vue de la variété des points de départ de la cause, ne peut-on pas admettre, en effet, une épilepsie du système nerveux périphérique et même une épilepsie du système nerveux ganglionnaire? Qu'on me permette à ce propos d'extraire d'un travail que j'ai publié dans la *Gazette des hôpitaux* (7 février 1843), un fait qui tend à me faire admettre une épilepsie du grand sympathique.

Le sujet de cette observation est un nommé Rival, âgé de quarante-cinq ans, atteint d'épilepsie depuis quinze ans; tempérament bilieux, constitution un peu rachitique. L'étiologie repose sur des abus de masturbation, préliminaires d'excès vénériens, et sur des chagrins résultant de revers de fortune. Etat saburral ordinaire de l'estomac.

Les attaques de ce malade étaient assez rares, la moyenne en était d'une par mois, lorsqu'en janvier 1842 il fut pris d'une série d'accès rapidement croissante et portée au nombre de trente dans une nuit. Malgré l'emploi bien dirigé d'une médication antispasmodique et révulsive, la mort survint. Les accès avaient été de cinq minutes de durée, séparés par des intervalles de soporification, et leur invasion avait toujours été annoncée, par une sensation d'*aura epileptica*, partant de la région épigastrique, un peu à gauche. Cette circonstance m'avait frappé, et me porta à examiner, à l'ouverture du corps, le grand sympathique. Après n'avoir constaté aucune autre lésion cérébrale qu'une injection des méninges, à coup sûr symptomatique, le ganglion semi-lunaire gauche fut trouvé au moins doublé de volume et présentant une coloration très vive, presque de lie de vin; sa consistance paraissait plus molle qu'elle ne l'est ordinairement. Cette altération était bornée à cette seule partie, non seulement du système ganglionnaire, mais encore du plexus.

Mais, pour en revenir au sujet, M. S. Grantham attribue les accès à une suspension de l'action électrique ou nerveuse. Ce n'est pas, tant s'en faut, résoudre la question de pathogénie,

c'est attribuer le même au même, le narcotisme de l'opium, par exemple, à son action narcotisante.

Citons quelques faits de prodromes immédiats :

Le nommé Sichel, déjà cité (page 4), a des accès qui débutent par une céphalalgie, suivie bientôt du trouble de la vue et du cri.

Chez le nommé Péderon, âgé de quinze ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution débile, épileptique depuis sept mois, l'accès débute par une céphalalgie antérieure et par des étourdissements.

Bondivena éprouve une constriction abdominale, de l'anxiété épigastrique, comme à la suite d'une peur.

Nous extrayons de l'observation d'un nommé Noget, observation à d'autres égards intéressante, ce fait d'une *aura epileptica* partant de la région épigastrique et s'accompagnant d'anxiété, de constriction et d'essoufflement. Ce symptôme coïncide bien remarquablement avec cette circonstance, que la cause occasionnelle présumable de cette maladie est une frayeur dont les premiers effets ont été en tout analogues à ceux qu'éprouva depuis le malade à chaque accès.

Léger pâlit, et la pâleur coïncide avec une palpitation de cœur et avec un sentiment de froid général.

Marchand présente le même symptôme, au frisson près.

Le nommé Brun, âgé de cinquante-six ans, ancien militaire de la grande armée, d'un tempérament bilieux et d'une constitution affaiblie par des excès de femmes et de boissons, et par les vicissitudes qui accidentaient, sous l'empereur, la vie du soldat; Brun, disons-nous, à la dernière campagne de Prusse, aurait été affecté, à la suite d'un coup reçu sur la tête, d'une fièvre cérébrale qui lui aurait laissé une *surdité* presque complète des deux oreilles. Ce serait trois ans après que, pendant un acte copulateur, il aurait eu un accès d'épilepsie. Tous les accès de ce malade débutent par un *bourdonnement d'oreilles* très intense, dont nous faisons remarquer la coïncidence avec le fait de la surdité.

Un autre malade, déjà cité, et sur lequel nous avons promis de revenir avec plus de détails, est un nommé Gilbert, ancien marchand des quatre saisons, d'un tempérament bilieux et lymphatique, d'une constitution assez robuste, et frappé d'épilepsie depuis l'âge de treize ans. Cette maladie semble résulter des influences réunies de la masturbation et d'une frayeur par l'explosion inopinée d'une bouteille d'éther. Ce malade présente un prodrome très curieux, consistant en bourdonnement d'oreilles et phénomène de *double audition* : il lui semble, quand on lui parle, que l'on dit deux fois

de suite la même chose, hallucination pour l'ouïe analogue de la diplopie pour la vue.

Le jeune Blanchon, âgé de quatorze ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution délicate, est atteint d'épilepsie depuis quatre ans. Pendant ces quatre ans, il y a eu une rémission de huit mois; du reste, le nombre des accès est de deux ou trois par jour. La dentition avait été accompagnée de phénomènes convulsifs. A l'âge de sept ans, méningite avec délire intense de quarante jours de durée. La mère est morte d'un coup de sang. Excès de masturbation. Les accès sont de courte durée, peu violents, et précédés de phénomènes précurseurs bien remarquables. Tantôt, en effet, sous le coup d'une attaque, le malade se met à courir avec une vitesse excessive qu'arrête bientôt l'accès; tantôt la tête se tourne et reste dans cette position jusqu'à l'explosion de l'accès. Dans tous les cas, il présente cette hallucination de la sensibilité, qu'en tombant il croit être projeté par un bond à sept ou huit peds de l'endroit où il tombe en réalité, ce qui cause son étonnement quand il a repris connaissance.

Le nommé Pêrlère, âgé de vingt ans, présente une *aura epileptica* partant de la main gauche. On peut atténuer la violence de l'accès et même le prévenir si l'on arrive assez tôt pour serrer la main gauche, en opérant des flexions et extensions alternatives de cette main sur l'avant-bras.

Il en était de même d'un malade dont M. Moreau, de Tonrs, médecin de Bicêtre, mon ancien chef de service et ami, a publié l'observation dans le répertoire des *Annales médico-psychologiques* (numéro de mars 1843).

Le nommé Dainour présente le même symptôme, avec cette différence qu'il est resté hémiplégique de cette main gauche, d'ailleurs un peu atrophiée, l'hémiplégie portant principalement sur les mouvements.

Nous devons terminer ces considérations relatives aux phénomènes précurseurs par l'indication du chiffre des malades qui nous les ont présentés tant médiats qu'immédiats. Ce chiffre est de 20 sur 50 épileptiques; ce résultat se rapproche de celui obtenu par M. Beau, à la Salpêtrière, d'après lequel, dans la moitié des cas environ, les attaques sont annoncées par des prodromes, contrairement à l'opinion de Georget, qui donne le chiffre de 5 sur 100. Notre chiffre nous paraît suffire à motiver

nne division de l'épilepsie en épilepsie *immédiate* ou *centrale* dont les accès éclatent soudainement sans phénomènes précurseurs aucuns, et dans laquelle la cause frappe d'emblée le cerveau sans traverser d'intermédiaire, et épilepsie *médiante* ou *périphérique*, dont les accès sont annoncés par des prodromes, et dans laquelle souvent la cause semble ne frapper le cerveau qu'en passant par des organes intermédiaires faisant l'office de *conducteurs*. Cette division, reposant sur la forme de l'accès, seul élément connu, et conservant d'ailleurs la spécificité du cerveau dans la production de l'accès, me semble avoir l'avantage de ne pas préjuger des questions restées encore sans solution, comme la question de pathogénie, qui est toute hypothétique.

## 2° SYMPTÔMES DE L'ATTAQUE PROPREMENT DITE.

S'il n'est pas, dans le cadre nosologique, de maladie dont l'histoire soit plus obscure que l'épilepsie, ce n'est pas, nous devons le dire, au point de vue symptomatologique. Il est au contraire peu de maladies dont les symptômes soient dans la grande majorité des cas plus manifestes, et partant dont le diagnostic soit plus nettement établi : aussi dois-je prévenir que mon but n'est point de décrire l'épilepsie, d'exposer au lecteur un tableau de l'épileptique en accès : ce serait prétention après les peintures qu'en ont tracées nos maîtres Pinel et Esquirol, et de nos jours le successeur d'Esquirol à Charenton, M. Foville, etc., mais bien de me livrer à une appréciation, à une analyse physiologique des symptômes de l'épilepsie. S'il ne s'agissait que de leur constatation, ce serait en effet un travail fait ; mais il s'agit de leur appréciation, qui me paraît encore susceptible d'être élucidée.

Au milieu du chaos pathologique dans lequel est jetée l'organisation de l'épileptique en accès, on arrive assez facilement à démêler, à séparer deux symptômes essentiels dont la concomitance constitue le signe pathognomonique de l'accès. Frappé



de ce qu'il y a d'iuverse, d'opposé dans ces deux symptômes, l'un, l'abolition des facultés cérébrales résultant d'une suppression de phénomènes, d'une mort des facultés; l'autre, la convulsion, résultant de la production d'un phénomène nouveau; l'un étant négatif en quelque sorte, l'autre étant positif, je crois pouvoir diviser tous les symptômes de l'attaque en symptômes *positifs* et symptômes *négatifs*, suivant qu'ils se rattachent à l'un ou à l'autre des deux groupes qui auront pour chef l'abolition des facultés cérébrales, ou la convulsion; car nous espérons démontrer que ces deux phénomènes peuvent, à très juste titre, être considérés comme deux expressions synthétiques renfermant et résumant tous les autres symptômes. Commençons par la convulsion.

La convulsion, ou contraction spasmodique des muscles, est générale ou partielle; générale, quand tous les muscles semblent pris; partielle, quand elle semble bornée aux muscles d'un seul côté du corps, à ceux d'une seule région, et même à un seul muscle.

La convulsion générale n'est pas toujours également répartie entre tous les muscles; elle se partage alternativement entre les muscles antagonistes, d'où résultent des alternatives de mouvements contraires. Cela posé, quels sont les symptômes qui se rattachent à la convulsion? Par quel lien s'y rattachent-ils? Répondre à ces questions sera faire l'analyse de la convulsion.

L'accès éclate ordinairement, comme chacun sait, par un cri. Faut-il voir dans ce cri une expression de souffrance et de surprise, une interjection d'alarme, une initiative du langage affectif, en présence du coup qui frappe l'organisme? Non, quoi qu'en pense M. Beau, dont j'accepte du reste toutes les autres conclusions du mémoire qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine*.

Avant de réfuter son opinion, exposons la nôtre. Nous considérons le cri comme un effet purement mécanique de la convulsion, portant sur les organes de la voix, organes tou

musculaires. Ainsi, d'après nous, quand l'accès éclate, le malade fait une expiration rapide, l'air est chassé avec force et vitesse de la poitrine; ce courant d'air traverse le larynx, dont les muscles spasmodiquement contractés déterminent soudain le rapprochement des lèvres de la glotte, la tension des cordes vocales, enfin toutes les modifications d'où résulte le son. Le resserrement de la glotte expliquerait l'acuité presque constante de ce cri, dont le timbre du reste est particulier.

M. Beau était son opinion de la seule preuve suivante : « Sur 42 épileptiques qui le proféraient, dit-il, il y en a 38 qui n'avaient pas de prodromes prochains, ou d'avertissement instantané; on doit donc considérer le cri comme une expression rapide de surprise de la personne qui tombe. »

Ma première objection est que mon observation particulière dans la division des épileptiques de Bicêtre (1<sup>re</sup> section) m'a fourni un résultat tout différent. En effet, sur 33 malades que j'ai vus en accès, 13 avaient des prodromes immédiats. Je ne saurais déterminer à quoi tient cette différence dans les résultats que nous avons obtenus.

Mais en supposant même bien établi ce fait, que chez les épileptiques à prodromes prochains ou immédiats l'accès ne débute pas ordinairement par un cri, nous pourrions encore le faire concorder avec l'opinion qui considère le cri comme un phénomène convulsif; car dans ce cas, pourrions-nous dire, l'invasion de l'accès est ordinairement moins brusque; l'expiration préliminaire, condition première du cri, est moins rapide et moins forte; le malade est presque d'emblée secoué par les convulsions, sans passer par cet état tétanique de quelques secondes qui précède ordinairement les convulsions proprement dites. En effet, tous les malades chez lesquels manquait le cri initial m'ont présenté cette particularité, qu'ils étaient d'emblée secoués par les saccades intermittentes de la convulsion.

On peut encore faire à l'opinion de M. Beau l'objection suivante : si le cri est une expression rapide de surprise, l'ordre

en a été donné par la volonté à un moment où le malade avait encore sa conscience ; il devrait donc en avoir souvenir, comme il lui arrive de se souvenir et de rendre compte des phénomènes précurseurs qu'il éprouve. Or, aucun malade ne se souvient d'avoir proféré un cri, il n'en a eu aucunement conscience. Si, dis-je encore, le cri était une expression de surprise de la personne qui tombe, comme toute réaction suppose une perception et la conscience de cette perception, de même qu'en physique la réflexion de la lumière suppose son incidence, le malade devrait avoir perçu les premières atteintes épileptiques et en avoir conscience aussi bien que du cri, indice de réaction. Or rien de tout cela ne s'observe.

Ce qui tend encore à rattacher le cri à la convulsion, c'est, il me semble, la simultanéité du développement de ce cri et des autres phénomènes évidemment convulsifs ; et même, en supposant qu'il n'y eût pas simultanéité parfaite, et que, par exemple, le cri précédât d'une fraction de seconde la propagation de muscle en muscle de la convulsion, cette différence s'expliquerait par la proximité où se trouvent les organes de la voix, du cerveau, point de départ de l'élément épileptique et instrument nécessaire de la cause.

L'acuité constante du cri suppose déjà une modification particulière des organes de la voix.

Des cris se font quelquefois entendre avec une intensité variable, mais toujours avec le même caractère d'acuité que le cri initial, pendant l'accès ; ces cris, comme le premier, ne sont pas articulés, sont toujours isochrones d'expirations brusques et fortes. Il est bien évident pour tout le monde que dans ce cas il n'a pu y avoir initiative du langage affectif, puisque la conscience est abolie. Le cri initial est de la même nature, et il reconnaît la même origine.

Nous concluons de ce qui précède que le cri est un phénomène convulsif.

En est-il de même de la chute ? A n'en pas douter. Quand

l'accès fait explosion, la contraction musculaire est tout-à-coup soustraite à l'influence de la volonté; mais les muscles, avant d'être agités et secoués par la convulsion, dont le mode est tout-à-fait intermittent, passent par un état de roideur tétanique d'une durée variable, mais ordinairement courte. Le résultat nécessaire et évident de cette contraction, qui saisit brusquement et violemment un certain ordre de muscles, est la chute. Quand la rigidité frappe d'abord les muscles extenseurs, la chute a lieu en arrière par extension; le malade est alors étendu sur le dos, roide comme une planche. Cet état se rapporterait à la variété de tétanos dite *opisthotonos*. Chez quelques malades la chute a lieu en avant, c'est qu'alors la contraction a d'abord frappé les muscles fléchisseurs. A cet état spasmodique de rigidité, dont la durée peut varier entre une et quelques secondes, succèdent les secousses de la convulsion. Cette dernière peut être considérée comme une sorte de tétanos intermittent, à paroxysmes variables, mais très courts, et dont le premier, ordinairement le plus long, entraîne nécessairement la chute.

Les muscles n'étant pas également convulsés, on s'explique la production de quelques mouvements de *latéralité* dans les membres ou la tête, et dans la face de contractions irrégulières nuançant horriblement les grimaces du convulsionnaire.

Le strabisme et les mouvements en circumduction du globe de l'œil, aussi bien que le tremblement vibratile de ce globe, résultent évidemment de la contraction spasmodique des muscles de l'œil.

Le plus ordinairement, quand on examine la langue d'un épileptique en accès et que l'état de trismus n'est pas porté au point d'une occlusion complète, cet organe, d'ailleurs gonflé et agité par un tremblement vibratile, apparaît roulé de bas en haut et d'arrière en avant, de manière que sa pointe vient s'appliquer contre la voûte palatine. D'autres fois l'épileptique sort la langue et se la déchire horriblement. Dans le cas où elle sort de la bouche, elle peut prendre diverses attitudes : ou elle reste

droite ou elle se dévie successivement à droite et à gauche, en haut et en bas. J'ai vu un malade la promener circumductivement autour de la bouche comme pour se lécher. Tous ces phénomènes se rattachent évidemment à la convulsion. Il en est de même de la traction des commissures, du trismus des mâchoires, du craquement des dents par le rapprochement brusque et saccadé des bords alvéolaires, de leur érosion incessante par leur frottement dans les mouvements en avant de la mâchoire inférieure et dans ses mouvements latéraux.

La convulsion peut concourir directement à la teinte livide de la face et à la tuméfaction des veines. En effet, on sait que toute contraction musculaire entraîne une modification de la circulation, et partant de la coloration. Dans la saignée du bras, par exemple, avant d'ouvrir la veine, on fait fléchir l'avant-bras sur le bras en fermant les poignets, pour déterminer le gonflement, la turgescence de cette veine; et quand elle est ouverte, pour maintenir la continuité de l'écoulement, on donne à rouler dans la main un étui ou tout autre objet. Il est vrai que l'application de ce fait à l'épilepsie, pour expliquer la teinte livide de la face par la contraction spasmodique des muscles du visage, suppose que la modification de circulation porte aussi bien sur les veinules interfibrillaires que sur les veines intermusculaires. Nous nous gardons d'ailleurs d'être exclusif, et nous faisons, pour expliquer la lividité de la face et la tuméfaction des veines, la part d'un autre phénomène dépendant aussi de la convulsion, et dont nous nous entretiendrons dans un instant.

La convulsion ne pourrait-elle pas contribuer, je ne dis que contribuer, à la modification de la sensibilité générale pendant l'accès d'épilepsie? C'est tout simplement une question que je pose en songeant à ce fait: que quand un muscle est contracté, la sensibilité diminue en lui, sans doute parce que ses effets nerveux se trouvent comprimés pendant la contraction.

La convulsion portant sur les muscles respirateurs, ou plutôt

leur contraction spasmodique, amène dans la circulation, dans la respiration, et aussi dans les sécrétions, des modifications qu'il ne faudrait pas considérer comme ayant été exclusivement et d'emblée déterminées par l'état épileptique. Ces modifications, suivant moi, se rattachent à la convulsion, et je vais essayer de le démontrer, en appelant à mon aide la physiologie.

Dans l'état physiologique, il règne entre les muscles respirateurs et les organes respiratoires proprement dits une sorte d'influence réciproque, une véritable solidarité d'action. Les muscles inspireurs, par exemple, subissent nécessairement l'influence de la dilatation des vésicules par l'air inspiré; ils se contractent, et par cette contraction la poitrine se dilate en raison de l'accroissement de volume des poumons; les muscles expirateurs, à leur tour, sous l'influence du retrait des vésicules, se contractent, et de cette contraction résulte un resserrement du thorax proportionné à la diminution du volume des poumons. Ainsi le nombre des respirations et leur étendue sont soumis à l'empire des causes susceptibles de modifier ou la perméabilité des poumons en altérant leur tissu, ou la *respirabilité* de l'air en le raréfiant ou en le chargeant d'acide carbonique, en un mot d'éléments plus ou moins propres à la respiration.

Si l'on admet sans contestation cette subordination des muscles respirateurs aux organes intrinsèques de la respiration, on peut admettre aussi incontestablement la subordination des organes intrinsèques de la respiration aux muscles respirateurs, c'est-à-dire la proposition réciproque. Ainsi la perméabilité des poumons subira toutes les modifications s'exerçant primitivement sur les muscles respirateurs. Sous ce rapport, la convulsion doit donc modifier la perméabilité des poumons.

Si cette subordination réciproque des muscles et des poumons n'était pas aussi physiologiquement évidente, elle recevrait sanction de plusieurs faits pathologiques. Ainsi l'orthopnée est un signe d'obstacle insurmontable à la dilatation pulmonaire, et cet obstacle peut être une pneumonie, une hépatisation, une infl-

tration tuberculeuse, une extravasation dans les bronches ou la trachée-artère, ou bien une compression extérieure des poumons, par la sérosité des épanchements pleurétiques, par le pus de l'empyème; par des organes voisins accrus de volume; le poumon droit, par exemple, sera comprimé et refoulé en haut par un foie hypertrophié; le poumon gauche sera refoulé par un estomac distendu par des gaz ou par des aliments en excessive quantité. Un cœur hypertrophié produira un refoulement latéral de dedans en dehors, des vêtements trop étroits produiront un refoulement latéral de dehors en dedans, l'hypertrophie de la rate peut immédiatement comprimer le poumon, et produire l'orthopnée; enfin, partout et toujours, on voit les phénomènes musculaires de l'inspiration et de l'expiration se modeler en quelque sorte sur les variétés pathologiques ou simplement accidentelles de perméabilité des poumons, et réciproquement.

Cela posé, voyons ce qui se passe dans l'épilepsie. Dans l'état d'accès tous les muscles se contractent spasmodiquement, et indépendamment du stimulus normal momentanément aboli; par le fait de cette contraction anormale des muscles respirateurs, la respiration est évidemment difficile. L'entrée et la sortie de l'air suivant exactement les contractions des muscles inspirateurs et expirateurs, comme ces contractions sont spasmodiques, l'entrée et la sortie de l'air le sont également, la circulation pulmonaire est devenue en quelque sorte convulsive, et le sang arrive en moins grande quantité au cœur gauche; de là résultent deux ordres de phénomènes: d'abord le sang ne pouvant redescendre de la tête, s'y accumule et détermine l'état soporeux, ce qui m'explique l'injection prononcée des méninges et l'état sanguin du cerveau que l'on constate toujours aux ouvertures d'épileptiques morts en accès; en second lieu, l'aorte distribue moins de ce liquide dans le corps, d'où la petitesse, la vacuité et l'intermittence du pouls, et le froid des extrémités que l'on observe presque constamment pendant la période cou-

vulsive, ce qui constitue un véritable état d'asphyxie, état que M. Piorry désignerait sous le nom d'*anhématosie* par action convulsive des muscles respirateurs.

Ainsi donc pendant l'accès il s'opère une congestion du cerveau, c'est la congestion passive de l'asphyxie. La résolution en est ordinairement prompte; l'accès terminé, le malade renouvelle l'air de sa poitrine par une longue inspiration, et la résolution de la congestion commence immédiatement, mais exige toujours un temps proportionné à la violence des convulsions, à la durée et au nombre des attaques. C'est cette congestion caractérisée par la soporification, le coma, que l'on observe assez fréquemment à la suite de violents accès, et lorsque les attaques sont rapidement réitérées. Dans les cas de crise épileptique, les intervalles sont remplis par cet état soporeux produit par une congestion dont la résolution n'a pu s'opérer avant l'invasion d'un nouvel accès. On conçoit de cette manière comment, dans ces crises violentes, se composant d'accès rapidement croissants en nombre et en intensité, la congestion, d'abord effet, peut à son tour devenir cause d'accès.

La congestion d'ailleurs, comme l'on sait, est un degré de l'apoplexie. Dans le cas qui nous occupe, elle peut être portée à un degré tel que les vaisseaux turgescents deviennent le siège d'une exhalation sanguine ou séreuse; il y a alors compression du cerveau, et l'on observe tous les symptômes de l'apoplexie : respiration stertoreuse, perceptions obscures et quelquefois abolies, pouls plein, large et développé; il arrive aussi que des convulsions surviennent dans cette période et paraissent être de la nature de celles qui marquent quelquefois les dernières périodes de la paralysie générale : ainsi les convulsions, après avoir été cause, auront pu devenir effet. La mort, qui termine cette période soporeuse portée jusqu'au coma, est donc toute apoplectique. A l'ouverture du corps d'individus morts à la suite d'accès nombreux et violents, on ne trouve qu'une injection prononcée des méninges, assez souvent avec épanchement, un



état véritablement sanguin du cerveau, toutes lésions qui n'expliquent pas l'épilepsie, il est vrai, mais qui expliquent la mort de l'épileptique. Cet état de soporification ne doit donc pas constituer un des stades de l'accès, ce n'est que la persistance d'un des effets de la convulsion. Pendant l'accès le pouls était petit comme dans l'asphyxie; pendant la période soporeuse, il est devenu plein et développé comme dans la congestion. A l'appui des idées que je viens d'émettre sur l'influence de la convulsion sur la production de plusieurs phénomènes qui au premier abord en paraissent indépendants, je citerai ces faits, que quand l'accès se borne à la perte de conscience sans convulsions générales, il y a plutôt retrait du sang et pâleur que lividité; que la face ne devient livide que dans les accès avec convulsions; que cette lividité est en raison directe de l'accès et de la violence des convulsions, et qu'enfin le premier fait de l'accès avant la convulsion est la pâleur.

Comme appendice aux phénomènes de la respiration dans l'accès d'épilepsie, je dois dire que si l'on examine un épileptique tordu et secoué par des convulsions à leur apogée, on constate un gonflement du thorax indiquant un état d'inspiration permanente, qu'entrecoupent cependant des expirations saccadées, convulsives. Il m'est arrivé, sur un certain nombre d'épileptiques, d'ausculter la poitrine pendant l'accès (ce qui m'a présenté assez souvent des difficultés), et il m'a été possible d'entendre une respiration vésiculeuse un peu voilée, mais ponctuée, divisée, entrecoupée et saccadée. Ajoutons que quand l'accès se prolonge, la respiration devient obscure et assez souvent stertoreuse, et qu'on entend alors des ronchus. La percussion ne m'a fourni aucun résultat bien évident; je dirai toutefois que le bruit plessimétrique m'a paru diminuer et tendre vers la matité en raison de la durée de l'attaque.

La lividité de la face et la tuméfaction des veines, que nous avons déjà en partie expliquées, sont des conséquences ordi-

naires de la congestion, et doivent, avec cette dernière, reconnaître pour cause la convulsion, en tant qu'elle s'exerce sur les muscles respirateurs.

Pour terminer ce qui est relatif à la convulsion, il me reste un mot à dire de l'écume épileptique. Elle résulte, dit-on, de l'agitation de la salive; or, agiter la salive est un phénomène musculaire, ici il est convulsif.

L'accumulation de cette salive ne saurait-elle concourir à l'état d'asphyxie dont nous avons parlé? M. Piorry ne nomme-t-il pas une sorte d'asphyxie : *anhématosie par l'écume bronchique*?

Nous ne faisons qu'indiquer ici un travail auquel nous espérons nous livrer, consistant à appliquer aux épileptiques en accès les expériences récentes de MM. Andral et Gavaret, qui leur ont servi à déterminer les quantités moyennes d'acide carbonique exhalé par le poumon dans l'espèce humaine.

Nous venons d'énumérer tous les symptômes qui nous ont paru reconnaître pour chef la *convulsion*, phénomène *positif*. Nous les avons nommés *positifs* par opposition aux symptômes dont il nous reste à parler, et que nous nommons *négatifs*, parce qu'ils résultent d'une abolition de facultés, d'une suppression de phénomènes. Les facultés abolies sont les facultés cérébrales. Pour ce deuxième ordre de symptômes, il ne nous est pas permis de sortir des limites d'une constatation, d'une énumération; et tel est l'état actuel de nos connaissances sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, que nous ne pouvons conclure qu'une chose de cette constatation, c'est la spécificité du cerveau comme organe nécessaire à la cause de l'épilepsie quelle que soit cette cause, n'importe d'où elle vienne, pour la production des phénomènes épileptiques. En effet, disons-nous, les lésions de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté supposent nécessairement une modification de l'organe qui préside à l'exercice de ces facultés, l'organe central de l'innervation.

Toutes les fonctions du système cérébro-spinal sont abolies, soit dans leurs actes isolés, soit dans leurs influences réciproques, comme solidaires les unes des autres.

Ainsi l'intelligence est suspendue dans ses actes comme faculté génératrice d'idée, comme faculté transformante, et comme faculté reproductrice (1). La volonté est également abolie, ainsi que la sensibilité, soit générale, soit spéciale. La rétine, par exemple, est insensible à l'action de la lumière, état que traduit la dilatation de la pupille; la membrane pituitaire ne perçoit plus d'odeurs, ni l'organe du goût de saveurs, et il n'y a plus ni tact ni toucher.

Un dernier mot sur la contractilité musculaire : dans l'épilepsie, elle est soustraite à l'empire de la volonté, mais elle s'exerce sous l'influence d'un stimulus inconnu. La convulsion épileptique est une contraction *involontaire*, le malade *n'en a point conscience*. Là se trouve le lien qui unit les deux ordres de symptômes que nous avons admis.

Avant d'en finir avec les symptômes de l'accès proprement dit, nous devons signaler quelques variétés de forme d'accès.

Rien n'est plus variable, il est vrai, que cette forme; ce serait quelquefois à y voir des maladies différentes, si l'esprit, pour se prémunir contre cette cause d'erreur, n'avait le soin de remonter au signe pathognomonique, *la perte de connaissance*.

(1) L'intelligence peut être divisée en

1<sup>o</sup> Facultés génératrices d'idées.

a. Conscience, réflexion.

b. Conception.

c. Perception. — Attention.

2<sup>o</sup> Facultés transformantes.

a. Transformation ascendante.

b. Transformation descendante  
ou raisonnement.

Abstraction.

Comparaison.

Généralisation.

3<sup>o</sup> Facultés reproductives.

a. Association des idées.

b. Rémémorance.

c. Mémoire.

d. Imagination.

Mais nous ne nous étendrons pas trop longuement sur ces variétés, et nous nous bornerons à énumérer celles qui nous paraissent un peu sortir de la ligne.

Si l'on part de ce fait, que la convulsion peut être éminemment partielle, bornée par exemple à une seule région de muscles et même à un seul muscle, et que l'on songe à la multiplicité des muscles de l'économie, on comprendra que c'est surtout au point de vue de la convulsion que l'épilepsie présentera le plus grand nombre de variétés.

Une des premières variétés se tire de l'absence de mouvements convulsifs; l'accès, dans ce cas, consiste en une pâleur subite, avec suspension momentanée de l'intelligence; cette variété est rare; la plupart du temps, avec un peu d'attention, on arrive à constater le phénomène convulsif, fût-il borné à un muscle.

Nous avons maintes fois observé des accès d'épilepsie consistant en un léger tremblement de la lèvre, avec ou sans traction de la commissure, en un strabisme. Inutile de dire que ces phénomènes convulsifs, pour être réputés *épileptiques*, doivent coïncider avec une perte de connaissance, ou, s'ils se présentent isolés de cette perte de connaissance, ne faire qu'alterner avec des accès dont la forme ou le caractère épileptique ne saurait être révoqué en doute.

Il arrive quelquefois à certain malade de paraître distrait quand vous lui parlez, de n'être pas à ce que vous lui dites; son regard est fixe, son air est hébété: c'est un accès qu'il vient d'avoir.

Un autre présente une simple interruption dans le cours de ses idées, sans que son expression de physionomie soit notablement modifiée; il est, comme malgré lui, et sans qu'il en ait conscience, soustrait au monde extérieur et à la préoccupation actuelle. J'ai vu un malade s'arrêter ainsi au milieu d'une phrase qu'il laissa un instant inachevée et qu'il reprit bientôt. Je n'aurais point songé à voir dans ce fait un accès d'épilepsie

de forme la plus simple, si je n'avais su que j'avais affaire à un épileptique ayant eu des accès parfaits.

Chez tel autre malade dont l'accès est caractérisé par une perte de conscience tout-à-fait éphémère, on voit tout-à-coup la volonté cesser d'exercer son stimulus sur les muscles pour leur contraction. Ce malade lâche, par exemple, l'objet qu'il tient à la main.

Un ancien domestique de grande maison, dont la maladie était ignorée, grâce à quelques phénomènes précurseurs qui l'avertissaient et lui permettaient de s'enfermer pendant ses attaques, un jour, en faisant le service de la table, laissa, sans qu'il en eût conscience, tomber une pile d'assiettes; on le taxa de maladresse, il avait eu un accès.

Le nommé Massonet n'a des accès que la nuit, et ils consistent en un claquement convulsif des dents. Ce claquement, analogue à celui qui s'observe quelquefois dans le stade de frisson d'une fièvre intermittente, est porté souvent au point de troubler le sommeil de ses voisins, dont les plaintes étonnent ce malade, qui n'a eu aucunement conscience du phénomène.

Il s'est, il y a huit mois, offert à mon observation un jeune malade dont l'accès était caractérisé par des alternatives (dans un même accès) de catalepsie, d'épilepsie franche et d'hystérie, que terminait quelquefois une véritable excitation maniaque. Indépendamment de tout autre phénomène convulsif, il faisait entendre tantôt un cri aigu, perçant, continu, auquel la vibration des lèvres donnait un caractère un peu chevrotant, tantôt un hurlement analogue à celui du jaguar. J'ai vu une fois ce hurlement suivi d'un mouvement de circumduction de la langue autour de la bouche. Les souvenirs d'enfance de ce jeune homme auraient-ils, dans ce cas, imprimé un cachet particulier à la forme des accès, ou n'y aurait-il qu'une coïncidence? Toujours est-il que ses yeux avaient souvent été frappés de la vue des jaguars dans l'Amérique du Sud, sa patrie, aux premières années de sa vie.

Assez souvent, au lieu d'une contraction spasmodique, c'est l'opposé qu'on observe, c'est une relaxation musculaire. J'ai vu des malades présenter un prolapsus, soit de la lèvre inférieure, soit de la paupière inférieure, coïncidant avec la suspension de l'intelligence.

Un épileptique de Bicêtre, que j'avais pour domestique pendant que j'étais attaché au service médical de mon savant maître, le docteur Voisin, m'a présenté des variétés très nombreuses d'accès.

Assez souvent il s'approchait de moi d'un air piteux, la lèvre inférieure un peu abaissée, laissant écouler la salive non agitée en écume, le regard fixe, l'œil humecté, la pupille dilatée et la peau du front plissée; il me frappait sur l'épaule et s'écriait : « A la garde! ou de l'eau, de l'eau ! » Ces phénomènes coïncidaient toujours avec une perte de conscience. A cet état, dont la durée était de quelques secondes, succédait un peu d'étonnement. Il n'avait eu conscience de rien; c'était pour lui, suivant son expression, comme s'il avait cessé d'exister un instant.

D'autres fois ses accès consistaient en un rire convulsif, ou, pour mieux dire, dans les contractions du rire.

Je me rappelle qu'un jour à l'église de Bicêtre, où se trouvaient réunis beaucoup d'amateurs qu'avait attirés l'attrait d'une messe en musique, chantée par des aliénés, ce malade fut vivement impressionné par le son des cloches, par l'air de fête régnant dans l'église, par la vue d'un grand nombre de personnes, dont le bonheur semblait insulter à son triste sort. Ses souvenirs d'enfance lui revinrent en foule; il compara le passé à l'avenir, le bonheur de ses premières années à la fatale séquestration à laquelle le condamnait une horrible maladie, et il se mit à pleurer; mais cette effusion de larmes coïncida avec une perte de conscience. Du reste toute la convulsion se borna à l'expression du visage, qui coïncide d'ordinaire avec l'effusion des pleurs. Il avait été obligé de s'asseoir sur une des chaises de l'église. En revenant à lui, il s'étonna d'avoir pleuré, et se l'expliqua ensuite sans voir se renouveler son émotion.

Cette observation nous démontre que la forme de l'accès reçoit quelquefois un cachet particulier de la disposition de cœur et d'esprit dans laquelle se trouve le malade au moment où il est frappé, cette disposition pouvant être d'ailleurs la cause occasionnelle de l'accès.

Quelques malades se livrent à des actes désordonnés dont ils n'ont ni conscience ni souvenir. J'en ai vu un se déshabiller en pleine cour dans l'établissement de Bicêtre; et il m'a été parlé d'un autre dont certains accès consistaient en un saut sans chute, coïncidant avec une perte de conscience.

Il semble résulter de plusieurs des faits que nous venons de

citer, que, pendant la période d'accès, la volonté peut exercer encore son action sur un grand nombre de muscles, puisque quelques malades parlent, marchent, sautent ou se livrent à des actes plus ou moins désordonnés, mais que la conscience n'assiste pas à cette action; dans ce fait la volonté est tout-à-fait isolée des autres facultés, ses solidaires; elle est en quelque sorte *disséquée*.

M. Falret, mon maître, à qui la science et l'humanité sont redevables de si honorables initiatives, autant pour les progrès de la médecine mentale que pour l'amélioration de l'état des aliénés, a, dans son cours de clinique et de pathologie générale des maladies mentales et des affections nerveuses, fixé l'attention d'une manière approfondie sur une variété d'épilepsie que je n'ai vue mentionnée nulle part, et qu'il a eu occasion d'observer un grand nombre de fois dans sa longue pratique. Le signe pathognomonique de cette variété est la concomitance des deux symptômes suivants : suspension de l'intelligence et phénomènes convulsifs consistant en *mouvements [successivement répétés de déglutition avec élévation et abaissement alternatifs de la mâchoire inférieure*. Ces mouvements résultent de la contraction spasmodique de tous les muscles qui concourent au phénomène de la déglutition, à savoir, des muscles abaisseurs et élévateurs de la mâchoire, des muscles des régions hyoïdiennes supérieure et inférieure, pharyngienne, linguale et palatine.

Par le fait de cette contraction spasmodique, les parois osseuses supérieure et inférieure de la cavité buccale se rapprochent et s'appliquent contre les deux faces correspondantes de la langue; les bords alvéolaires et les deux lèvres se mettent en contact; toutes ces surfaces étant humectées par la salive liquide plastique, il résulte de leur disjonction un bruit léger auquel concourent du reste les vibrations de la colonne d'air emprisonnée entre les deux mâchoires; les symptômes secondaires sont : la fixité du regard, la dilatation de la pupille, la concentration des traits de la face et une pâleur variable.

La suspension de l'intelligence est presque complète dans le plus grand nombre des cas ; toutefois il n'est pas rare , quand l'observateur arrive assez à temps pour fixer fortement l'attention du malade , de faire avorter l'accès.

D'après M. Falret , ces symptômes constituent une variété d'épilepsie dont les paroxysmes auront toujours cette forme , ou arriveront un jour , souvent après plusieurs années , ou à être remplacés par des accès à convulsions générales ou à alterner avec eux. Tantôt ils constituent un accès complet , tantôt ils ne sont que les premiers signes , les signes avant-coureurs d'un accès de forme ordinaire.

Pour prouver que l'on a bien affaire ici à une variété d'épilepsie , M. Falret invoque d'abord l'analogie des deux caractères essentiels , la *perte de connaissance* et la *convulsion* , et ces deux circonstances , que dans les épilepsies intermittentes un accès de cette variété en remplace souvent un de l'espèce ordinaire , et que ces symptômes se lient souvent à un accès complet dont ils constituent les prodromes. Les suites immédiates de cette variété sont rarement fâcheuses ; le malade revient facilement à lui , il montre un peu d'étonnement ; mais il n'y a ni céphalalgie , ni brisement des membres , ni affaissement.

M. Falret appelle sur cette variété toute l'attention des praticiens ; car souvent , pour ne pas dire toujours méconnue , surtout lorsqu'elle se manifeste la nuit ou chez un enfant , ce qui est fréquent , elle tend à s'aggraver et à devenir rebelle à tout traitement , en raison du long temps écoulé depuis son invasion sous cette forme ; tandis que , si elle est reconnue à temps , son pronostic est moins grave que celui de l'épilepsie ordinaire , en ce sens qu'elle résiste moins aux médications diverses qu'on peut lui opposer , et qu'on peut tirer un parti immense de cette circonstance , que l'on peut empêcher un grand nombre d'accès en fixant dès l'origine l'attention du malade. Ne sait-on pas , en effet , tout ce que peut , dans tout état maladif , principalement du système nerveux , la suspension d'une habitude ?



M. Falret traite ensuite une question de diagnostic différentiel. Dans plusieurs maladies cérébrales, en effet, on observe un mouvement d'abaissement et d'élévation alternatifs de la mâchoire, mais ce mouvement se borne là ; il y a mastication, c'est-à-dire simple rapprochement des mâchoires, et non point déglutition, c'est-à-dire action d'avalcr. La confusion devient d'ailleurs impossible si l'on remonte au signe pathognomonique : concomitance du phénomène convulsif dont il est question et d'une suspension de l'intelligence. Il est tout aussi impossible, par les mêmes raisons, de confondre le mouvement de déglutition qui nous occupe avec le rapprochement des mâchoires que l'on observe quelquefois dans le stade de frisson de la fièvre intermittente.

On voit encore dans les salles de M. Falret, à la Salpêtrière, une femme qui, le lendemain de son entrée à la section, eut, pendant la visite et au moment où on la questionnait, un accès de la forme que nous signalons. M. Falret n'hésita point à nous déclarer que nous venions d'assister à un accès d'épilepsie, et à signer le passage de cette malade dans la section des épileptiques. Mais, quelques jours après, elle fut ramenée dans ses salles comme n'étant point épileptique. Nous avions déjà été étonnés de la hardiesse de ce diagnostic ; nous crûmes alors à une erreur de ce praticien, quand il nous fut donné de vérifier son diagnostic par des renseignements pris auprès d'un médecin qui avait donné les premiers soins, et qui assura que cette malade avait eu antérieurement des accès complets. Tous les doutes se dissipèrent d'ailleurs quelques jours après ; car cette femme, en notre présence, eut, à notre grand étonnement, un accès de forme ordinaire.

Dans le même cours de clinique, M. Falret dit avoir observé un grand nombre de fois, et en particulier chez une femme qu'il nous a montrée dans une de ses visites cliniques, des accès de fièvre alternant avec des accès d'épilepsie intermittente, de manière à constituer de véritables accès sans convulsion ni perte

de connaissance. Ces accès de fièvre étaient remarquables par la durée et l'intensité de chaque stade, et quelquefois par une sorte de chevauchement d'un stade sur l'autre, c'est-à-dire que le stade de chaleur succédant au stade de froid, ce dernier reparaissait pendant ce second accès. D'autres fois l'accès semblait incomplet; la sueur, par exemple, manquait; mais, comme pour compenser, l'intensité du stade précédent s'accroissait d'autant, et la chaleur était mordicante.

Lorsque la sueur paraissait, et c'était le cas le plus ordinaire, elle était d'une abondance extrême. Dans tous les cas, l'œil était vif, animé, la circulation cérébrale très active, le pouls était plein et développé; il y avait indubitablement congestion cérébrale.

M. Falret a signalé comme phénomènes consécutifs de cet accès: l'abattement, le brisement des membres, la faiblesse intellectuelle, et plus souvent des illusions, des hallucinations, et un véritable état de manie avec excitation plus ou moins violente, plus ou moins prolongée, souvent de plusieurs jours de durée.

Je n'ai jamais observé cet accès de fièvre isolé, et remplaçant en quelque sorte un accès d'épilepsie, mais je l'ai vu souvent succéder à un accès véritable. Le stade de chaleur était tel, la première fois que je l'observai, ainsi que la plénitude du pouls, que je crus un instant à une fièvre inflammatoire, et que j'explorai à cet effet tous les organes.

### 3° SYMPTÔMES CONSÉCUTIFS.

Cette troisième partie de notre travail devant avoir pour objet les symptômes consécutifs, une question se présente tout naturellement: c'est celle de savoir où finissent les symptômes de l'accès proprement dits, et où commencent les symptômes consécutifs. Pour répondre à cette question, nous remontons au signe pathognomonique de l'accès d'épilepsie, et nous disons:

l'accès d'épilepsie étant caractérisé par la concomitance des deux symptômes, suspension de l'intelligence et convulsions cloniques et involontaires, la fin de l'accès sera jugée par la cessation de ces deux symptômes.

Toutefois cette réponse ne satisfait pas complètement ; en effet, l'organisation ne revient pas aussi rapidement qu'elle a été frappée ; ce n'est que graduellement, dans un temps variable et en général proportionné à l'intensité et à la durée de l'attaque, que s'opère la reconstitution générale des diverses fonctions, et qu'en un mot le chaos pathologique dans lequel avait été jeté le malade arrive à se dissiper. Il reste donc cette question : le point de départ des phénomènes consécutifs est-il là où, la cause épileptique ayant épuisé son action, le travail de retour commence, ou bien là où ce travail est complètement et parfaitement effectué ? Nous n'hésitons pas, pour nous, à faire commencer les symptômes consécutifs au moment où la cause a épuisé son action, et où l'organisme, en quelque sorte saturé, commence à recouvrer l'exercice de ses fonctions et de ses facultés.

C'est à tort, selon moi, que plusieurs pathologistes distinguent dans l'accès d'épilepsie deux périodes, une période convulsive et une période soporeuse. Je ne nie pas cet état soporeux qui survit à la convulsion, mais je nie qu'il constitue une période d'accès, sinon une période consécutive, qui, elle-même, ne me paraît pas plus devoir être admise qu'une période de phénomènes précurseurs ; car il résulte des considérations que nous avons établies dans la deuxième partie de ce travail, sur l'influence de la convulsion sur la respiration, que la soporification est l'expression d'un état de congestion du cerveau qui se développe pendant l'accès sous l'influence de la respiration convulsive et de l'asphyxie qui en résulte ; que, quand la résolution de cette congestion ne s'opère pas immédiatement après la cessation des phénomènes convulsifs, on observe cette soporification, qui n'est après tout que la persistance d'un des effets de la convulsion. Il ne me paraîtrait guère plus rationnel de

voir dans cet état une période d'accès que dans les suites d'une plaie que se ferait un épileptique en tombant en accès.

Toutefois cet état se lie à l'accès d'épilepsie, et c'est ce qui motive la mention que nous en faisons en parlant des phénomènes consécutifs.

Quand la résolution de cette congestion passive s'est effectuée, et que les symptômes de l'accès ont disparu, le premier fait, ou le fait le plus apparent qui frappe les entourants, est une expression de physionomie empreinte d'hébétude ou d'un étonnement qui peut être porté jusqu'à la stupéfaction la plus profonde. L'épileptique tend ses sens vers les impressions du monde extérieur : ainsi il ouvre les yeux, qui conservent encore quelque temps un certain degré de fixité et une certaine dilatation de la pupille ; l'oreille est tendue ; mais pour la vue, comme pour l'ouïe, l'impression semble s'arrêter à l'organe, ou si elle est transmise jusqu'au cerveau, celui-ci ne réagit pas, il n'a pas encore recouvré toute son aptitude à concevoir des idées. Il est inutile de rappeler au lecteur que dans toute perception deux actes se produisent, une sensation et une idée dans l'intelligence à l'occasion de cette sensation ; qu'il y a en quelque sorte une réaction de l'intelligence à propos de la sensation, pour concevoir une idée. Or, dans le cas qui nous occupe, nous pensons que le phénomène se borne d'abord à l'impression, à la sensation ; l'intelligence n'est pas encore en état de réagir. Pour l'ouïe, par exemple, si vous parlez à un épileptique sortant d'accès, il n'entend que le son, absolument comme une personne dont l'oreille serait frappée de paroles d'une langue qu'elle ne connaît pas. J'ai fait, à cette occasion, assez souvent cette expérience, qui me paraît assez concluante : j'ai prononcé à l'oreille d'un épileptique qui revenait à lui, trois mots, et par exemple trois fois son nom, d'un voix assez forte, et toujours, quand il avait recouvré l'intégrité de ses facultés, il m'assurait avoir entendu des sons, mais sans pouvoir me dire quels avaient été les mots et le nombre de ces mots.

Il en est d'ailleurs de toutes les sensations comme de celles de l'ouïe et de la vue : la sensibilité générale renaît dans tous les organes, et dans tous presque simultanément ; mais le malade n'est pas éclairé sur ses sensations, la sensation n'est pas encore suivie de l'idée.

Ainsi, par exemple, si l'on pique avec une épingle un épileptique sortant d'accès, il éprouve évidemment une sensation douloureuse, dont il se souvient un instant après, mais en déclarant qu'il avait été loin de songer à la cause qui la produisait. Ou bien encore mettez-lui entre les mains un objet rond ou carré, il vous dira un instant après qu'il a senti quelque chose dans sa main, sans avoir la moindre notion de l'objet, de sa forme, par exemple.

Comme on le voit, l'accès terminé, le domaine des perceptions est le premier reconquis, et l'intelligence et la volonté sont presque les dernières à recouvrer leur parfait exercice ; elles le recouvrent presque simultanément.

Si le malade était par terre, il s'assied ou se relève, regarde autour de lui d'un air étonné, se replie en lui-même, se retourne dans tous les sens, et fait effort pour se rappeler ce qui lui est arrivé. Cette tension de la mémoire doit nécessairement aboutir au retour de l'esprit vers une des dernières idées conçues ou émises avant l'accès. La première idée qui sillonne l'esprit après un accès est donc ordinairement une idée reproduite, dont le caractère d'ailleurs est dépendant du milieu où se trouve le malade, des objets qui l'entourent. Il y a mieux, on trouve dans les auteurs des exemples, et j'en ai observé un pour ma part, de malades qui achèvent une phrase commencée et interrompue par l'accès ; il est vrai de dire que dans ce cas l'accès est borné au vertige, à la seule perte de conscience, sans mouvements convulsifs ou avec des mouvements aussi partiels que possible.

L'objet du travail qui occupait des malades avant un accès leur

rappelle ce travail, et ils le reprennent. J'ai vu un malade s'enquérir de l'heure de la journée à laquelle on se trouvait.

La période consécutive se composant de toutes les phases du retour des divers organes vers l'exercice parfait de toutes leurs fonctions, quand ils en ont été détournés par la cause épileptique, cette période étant particulièrement caractérisée par la disparition successive des divers symptômes de l'accès, ne doit pas trop longtemps attirer notre attention. Nous aurions pu même nous borner à une énumération : ainsi la sensibilité, renaissant dans presque tous les organes, reste cependant quelque temps encore un peu confuse; les facultés intellectuelles présentent encore un léger trouble analogue à celui de l'ivresse alcoolique; la pupille reste quelque temps dilatée, quoique redevenue sensible à l'action de la lumière; toutefois le malade se plaint d'avoir la vue un peu voilée, et quelquefois il éprouve la sensation de bluettes lumineuses; la respiration se rétablit par de longues inspirations, d'autres fois elle présente pendant quelque temps un certain caractère d'anhélation.

Les malades peuvent présenter à la suite de leurs accès toutes les variétés des maladies mentales, depuis le délire le plus général avec excitation jusqu'au délire le plus partiel. Des hallucinations de tous les sens et des illusions figurent au nombre des symptômes consécutifs, ainsi que des accès de fièvre extrêmement intenses, comme nous l'avons mentionné à la fin du chapitre des symptômes proprement dits.

On voit assez souvent des malades accuser de la céphalalgie, des tintements d'oreilles avec battements de l'artère temporale, ce qui s'observe le plus ordinairement chez les épileptiques sanguins; des fourmillements dans les membres, de la fatigue, de l'abattement porté jusqu'à la voussure; de l'horripilation, des crampes, de la somnolence, et quelquefois un état de contracture de certains muscles, état porté, pour les muscles du cou par exemple, jusqu'au torticollis; d'autres fois une véritable paralysie.

On conçoit également qu'un épileptique ne puisse se défendre d'un sentiment de tristesse, après un accès, surtout quand il a la notion de son état et de ses fatales conséquences.

Je signalerai, comme un des phénomènes consécutifs les plus intéressants que j'aie observés, le fait d'une sensation d'*aura epileptica*, terminant un accès comme elle lui avait servi de prélude, en suivant toutefois le trajet inverse. Ainsi, dans l'invasion de l'attaque, l'*aura* se portait en remontant de la main gauche au cerveau, tandis qu'à la fin il descendait du cerveau à la main gauche, où il s'éteignait. Ce souffle constituerait en quelque sorte une *aura epileptica* de retour. Nous devons dire, il est vrai, que le malade n'a pu percevoir que quatre fois ce phénomène.

Un autre malade, dont les phénomènes précurseurs consistent en palpitations de cœur et douleurs de cette même région, présente les mêmes phénomènes consécutivement.

J'ai vu un malade, actuellement encore dans le service de mon savant maître, M. Voisin, présenter à la suite de ses accès d'épilepsie l'exacerbation d'un état de mélancolie hypochondriaque habituel, dans lequel il se croit tourmenté par des humeurs noires, qu'il nous supplie de chasser, et contre lesquelles les pilules *mica panis* ont une efficacité proclamée par le malade. Cette exacerbation se complique souvent d'idées de suicide : ainsi ce malade s'est blessé une fois le thorax avec un fragment de faïence ; une autre fois il avança le bras au-devant de la lancette, dans le dessein de se faire blesser, au moment où on lui pratiquait la saignée.

Un autre a des idées d'homicide qui ont nécessité son admission au pavillon de Bicêtre, pavillon destiné aux malheureux ayant commis des crimes dont ils n'avaient pas la responsabilité en raison de leur état mental.

Le nommé B..., autre malade du même pavillon, dont les accès sont des types de violence, tombe à la suite dans une sorte d'enfance stupide ; il ouvre de grands yeux qui brillent d'un éclat insolite, sourit d'un air hébété, et minaude en passant la main sur des boutons de vêtements, ou en jouant avec tout objet qu'on lui met dans les mains. Cet état d'enfance stupide contraste avec des accès de fureur dans lesquels tombe souvent le malade, et qui agissent souvent comme causes occasionnelles d'accès, s'ils ne sont liés à un accès dont ils constitueraient des prodromes.

Il serait difficile d'admettre qu'une maladie dont les paroxysmes sont si violents, qui produit dans l'organisation un ébranlement si général et si considérable, dont le siège paraît être l'organe central d'un système qui par ses irradiations si étendues préside à l'accomplissement de tous les actes vitaux ; il serait, dis-je, difficile d'admettre qu'une telle maladie sillonnât pendant longtemps l'organisation de l'épileptique sans lui imprimer incessamment des modifications profondes et générales. Ces modifications seront l'objet de la quatrième partie de ce travail sur l'épilepsie.

Il est sans doute des exemples d'épileptiques chez lesquels les attaques sont séparées par des intervalles d'une santé physique et morale parfaite. L'attaque terminée, toutes les fonctions se rétablissent et accomplissent leurs actes avec toute la régularité possible. Dans cet état de choses, le malade traverse les divers âges de la vie, arrive à la vieillesse après avoir vu ses accès diminuer de fréquence et d'intensité, et quelquefois même cesser entièrement, comme si la cause de l'épilepsie perdait sa spécificité sur l'organisme de cet âge. Mais, si l'heureuse exception dont nous venons de parler se rencontre quelquefois, incontestablement la règle générale est que l'épileptique arrive rarement à un âge avancé, et qu'il n'y arrive jamais sans avoir vu s'affaiblir ses facultés, sans que l'on constate une modification générale de l'organisme. La démence est une des solutions possibles, si déjà une crise violente, se composant d'accès rapidement croissants en nombre et en intensité, n'a frappé d'une mort prompte le malade à la fleur de son âge.

Mais existe-t-il antérieurement au premier accès, dans l'état ordinaire, une constitution épileptique ? Oui et non ; oui, si l'on entend par constitution épileptique un état de l'organisme impliquant une prédisposition à l'épilepsie, qui se développe plus tard avec ou sans le concours d'une cause occasionnelle, et la plupart du temps cette prédisposition ne se traduit à nous que par l'invasion de la maladie ; elle n'est pas plus, elle est moins



appréciable encore que les prédispositions aux affections bilieuses, etc. ; *non*, car avant l'invasion du premier accès, rien dans la constitution générale, dans l'organisation, n'annonce l'explosion de cette maladie ; rien, si ce n'est un ensemble de signes tirés des circonstances commémoratives d'hérédité, de convulsion du jeune âge, etc. ; rien, si ce n'est un état de faiblesse native des facultés intellectuelles ; car il est de notoriété pratique que l'idiotie, mais l'idiotie générale, l'idiotie (1) résultant de l'oblitération de l'ensemble de nos facultés, se complique souvent d'épilepsie. Si ce n'est cet ensemble de signes, dont la manifestation encore est loin d'être constante, et qui constitueraient tout au plus une prédisposition, rien antérieurement au premier accès ne pourrait caractériser une constitution épileptique, comme sont caractérisés les tempéraments sanguin, lymphatique et bilieux, etc. C'est donc postérieurement à l'invasion du premier accès que nous devons admettre une constitution épileptique, et elle résulte des modifications lentes et variées produites à la longue par des accès successifs.

En général, quand l'affection est récente, en dehors des attaques, sauf les accidents auxquels expose la chute, accidents qui peuvent dépendre de toute autre chute, aucune modification ne semble porter sur l'ensemble des organes, pas même sur l'organe *spécifique*, centre et instrument des phénomènes épileptiques. La maladie est essentiellement intermittente ; hors les paroxysmes, rien n'est appréciable. Ce n'est qu'au bout d'un temps variable que l'on peut constater quelques troubles généraux.

---

(1) Dans un mémoire récemment publié sur l'idiotie, M. Voisin, pour qui je conserverai une reconnaissance éternelle du bienveillant appui dont il m'a toujours entouré, a élargi le sens de l'idiotie en la définissant : un état particulier dans lequel les instincts de conservation et de reproduction, les sentiments moraux et les pouvoirs intellectuels et perceptifs ne se sont jamais manifestés, ou cet état particulier dans lequel ces différentes virtualités de notre être, *ensemble ou séparément*, ne se sont qu'imparfaitement développées.

Les premières atteintes sont les fonctions extérieures de relation : ainsi les facultés se détériorent, la plupart de ces malheureux accusent, quand on les interroge, un affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire; il y a de la lenteur dans les idées et dans les perceptions, si déjà, sous l'influence des ébranlements successifs que subit le cerveau, il ne s'est manifesté d'aliénation mentale dont la forme de démence est souvent la conclusion; le caractère est devenu inquiet, soupçonneux, susceptible, mécontent partout et toujours, haineux, envieux, querelleur, redresseur de torts, pétitionneur. On voit chaque jour, dans les établissements ouverts à leur infortune, les épileptiques, ensemble ou séparément, adresser au médecin en chef des réclamations ou des plaintes continuelles; ils se piquent d'insubordination, et ne peuvent d'ailleurs dissimuler pour la société ou sentiment d'envie et de haine; la misanthropie est devenue leur fait. Le prisme à travers lequel ils voient les objets grossit les méfaits, amoindrit ce qui est grand. La mémoire, dont l'affaiblissement d'ailleurs est notable, semble prendre une nouvelle force pour le souvenir des injures. Du reste, capables d'attachement particulier, ils sont toujours remarquables par leur partialité. Je dois dire toutefois que, lorsqu'un de leurs compagnons d'infortune vient à tomber, ils se réunissent autour de lui avec la plus vive sollicitude, pour le soutenir, le dégager de tout ce qui peut le comprimer.

Sans doute cette modification dans le caractère peut se rattacher organiquement et directement à l'épilepsie, mais plusieurs circonstances extérieures semblent y concourir.

En effet, ce n'est pas physiquement que souffre le malade, car rien ne l'avertit qu'il a eu un accès, rien, si ce n'est quelques symptômes ultérieurs, tels que fatigue générale, tête pesante, légers troubles dans les facultés, sensations obscures et qui tendent à éclairer sa conscience renaissante sur les caractères de l'état dans lequel il a été momentanément et insciemment jeté. La douleur de l'épileptique est toute morale, elle ré-

side hors des paroxysmes. Qui peut, je le demande, à la vue d'un accès complet d'épilepsie, retenir un mouvement de pitié et d'horreur? Pourquoi le nierait-on? est-ce volontaire? On fuit généralement l'épileptique; il lit sur tous les visages sa condamnation à l'isolement. Partout, sur ses pas, s'élèvent menaçants et insurmontables des obstacles à son placement, à son établissement, à ses relations, à sa *subsistance*; adieu pour lui les rêves de fortune, car les maîtres d'atelier lui refusent même du travail; adieu les rêves d'époux et de père, adieu les jouissances du foyer domestique. Il est frappé de mort morale (1).

Je demanderai maintenant à qui jette les yeux sur le tableau que nous venons de tracer, s'il serait étonnant que ces circonstances, qui dans tout autre cas pourraient provoquer l'aliénation mentale, entrassent pour beaucoup en ligne de compte dans la modification du caractère de l'épileptique, en raison d'ailleurs de l'impressionnabilité acquise du cerveau par le fait de l'épilepsie.

On a signalé comme une des nuances de l'habitude épileptique un certain degré d'érotisme, une propension prononcée pour les plaisirs vénériens. Cela est assez souvent vrai: beaucoup de ces malheureux ont des habitudes d'onanisme, d'excès de femmes et de boissons; mais il faut se rappeler que la manifestation de ces habitudes est assez souvent antérieure à l'invasion de la maladie épileptique. On sait d'ailleurs que les excès de cette nature constituent les principales causes occasionnelles de cette maladie. Rien d'étonnant donc que ces habitudes aient persisté. Il paraît toutefois que l'orgasme vénérien est chez ces malades généralement plus intense.

A part une prédominance habituelle de la circulation vei-

---

(1) Est-il besoin de dire qu'il faut éliminer ici certains épileptiques, dont la position de fortune et d'entourage est exceptionnelle, en ce qu'elle aplanit bon nombre des obstacles que j'ai énumérés? Dans ce cas, d'ailleurs, on peut remarquer que la modification du caractère est moins sensible.

neuse, un développement plus considérable du système veineux (1), et une sorte d'habitude des congestions, je n'ai pas observé d'influence bien notable sur les organes respiratoires et circulatoires. Pour l'état du pouls, le résultat que j'ai obtenu est à très peu de chose près celui obtenu par M. Beau à la Salpêtrière. La moyenne m'a paru varier peu, suivant les âges, entre 75 et 90 pulsations.

Je n'ai pas apprécié d'influence sur les organes digestifs et sur leurs annexes, et sur les organes génito-urinaires; cependant, pour ces derniers, je me rappelle avoir sondé un épileptique dont le col de la vessie était dans un état de contraction spasmodique qui empêchait l'excrétion de l'urine. Ce rétrécissement, qu'on peut appeler spasmodique, céda à un antispasmodique.

Le système musculaire est un des plus modifiés par l'épilepsie. Presque tous les épileptiques sont lents à se mouvoir; ils présentent d'ailleurs un degré variable de voussure et d'affaissement général. Les fonctions d'expression ont subi une modification toute particulière; le regard a une expression caractéristique, qu'il doit sans doute à une certaine fixité, à une dilatation, souvent inégale, un peu plus que physiologique et devenue habituelle, de la pupille. Quelques malades conservent un strabisme, plus souvent un tremblement vibratile du globe de l'œil; ce globe est souvent saillant. Les lèvres sont ordinairement grosses, blanchâtres, un peu sèches et fendillées; la physionomie reste empreinte d'étonnement; la face est légèrement bouffie. On a vu des épileptiques conserver un tic de la face; celle-ci présente toujours un certain degré d'irrégularité dans les traits. Les bras et les jambes grossissent assez souvent sans que la force en augmente; il serait possible que les convulsions, contractions spasmodiques, influassent sur le développement des muscles, à la manière de certains travaux manuels et de l'exercice de la danse sur le dé-

---

(1) On a souvent observé aux autopsies d'épileptiques les vaisseaux des méninges dilatés et quelquefois variqueux.

veloppement des bras et des jambes. Malgré ce développement, beaucoup d'épileptiques s'aperçoivent de la diminution de leurs forces ; ils se fatiguent aisément. Quelques uns conservent un tremblement, d'autres une paralysie partielle. Mais cette paralysie consiste plutôt dans l'affaiblissement des muscles, et serait mieux désignée par le mot débilité spasmodique, que M. Falret considère comme plus applicable à la paralysie générale.

La voix de ces malades est en général tremblotante, chevrotante, comme convulsive; c'est du moins ce qui m'a frappé dans les exercices de chant et de déclamation des sections d'aliénés de Bicêtre.

#### RÉSUMÉ DES QUESTIONS TRAITÉES OU INDIQUÉES DANS CE TRAVAIL.

Importance de la symptomatologie : elle constitue une physiologie pathologique, auxiliaire précieux de l'anatomie pathologique, qui fait défaut dans l'histoire de l'épilepsie. Division du travail en quatre parties.

PREMIÈRE PARTIE. Symptômes précurseurs, divisés en *médiats* et *immédiats*. Énumération, appréciation physiologique de ces deux ordres de prodromes. La *spécificité* du cerveau pour la production des phénomènes épileptiques résulte de cette appréciation. Critique de la division admise par un médecin anglais, sir Grantham, dans le *London medical Gazette*. Le cadre de cette division est trop large ou trop étroit. Exemple d'épilepsie du grand sympathique. Chiffre des épileptiques dont les accès sont précédés de prodromes soit médiate soit immédiate (20 sur 50 épileptiques). Distinction de l'épilepsie en *immédiate* ou *centrale* et en *médiate* ou *périphérique*, fondée sur l'absence ou la présence des prodromes.

DEUXIÈME PARTIE. *Symptômes de l'accès proprement dits*. Le signe pathognomonique est la concomitance des deux symptômes : *perte de connaissance* et *convulsion*. Division des

symptômes en *négatifs* et en *positifs*, suivant qu'ils appartiennent au groupe qui a pour chef l'abolition des facultés cérébrales, ou à celui qui a pour chef la convulsion. On démontre qu'en effet les deux signes pathognomoniques peuvent être considérés comme deux expressions synthétiques résumant tous les symptômes de l'épilepsie.

1° Part de la convulsion, cri. Réfutation de l'opinion de M. Beau, qui considère le cri comme une expression de surprise de l'individu qui tombe. Chute, saccades intermittentes, contractions des muscles de la face; grimaces, strabisme, mouvement en circumduction du globe de l'œil, ou tremblement vibratile; état de la langue, traction des commissures des lèvres, trismus, craquement des dents, leur érosion. Teinte livide de la face, tuméfaction des veines. La convulsion concourt peut-être à la modification de la sensibilité générale? Influence de la convulsion sur la respiration; *anhémotosie* par respiration convulsive. Résultent de cet état d'asphyxie: l'état soporeux ou apoplectique, l'état sanguin du cerveau, l'injection des méninges, la teinte livide de la face, l'état du pouls, etc.

2° Abolition des facultés cérébrales. *Symptômes négatifs*, leur énumération.

Variétés d'épilepsie, quant aux symptômes proprement dits. Deux variétés sur lesquelles M. Falret a appelé l'attention de ses élèves dans son service à la Salpêtrière et dans ses cours.

TROISIÈME PARTIE. *Symptômes consécutifs*. Ces symptômes commencent au moment où la cause épileptique a épuisé son action et où l'organisme saturé commence à recouvrer l'exercice de ses fonctions et facultés. La période soporeuse admise par les pathologistes n'est qu'une période consécutive; c'est la persistance d'un des effets de la convulsion. La période consécutive se compose de toutes les phases du retour des divers organes vers l'exercice parfait de leurs fonctions. Énumération des principaux symptômes consécutifs. *Aura epileptica de retour*.

QUATRIÈME PARTIE. Signes résultant des modifications à la

longue imprimées à l'organisme par l'état épileptique. Existe-t-il antérieurement au premier accès une *constitution* que l'on puisse dire *épileptique*? *Oui* et *non*. Les diverses fonctions sont successivement passées en revue. Modification du caractère, de l'intelligence, de la mémoire, de la motilité (système musculaire), des fonctions d'expression, voix, attitudes, etc.

Le travail auquel nous venons de nous livrer a eu pour objet, comme on a pu le voir, d'appliquer les lois de la physiologie à l'étude des symptômes de l'épilepsie, de manière à constituer une sorte de *physiologie pathologique*, afin de combler les lacunes de l'anatomie pathologique, dont nous avons tant à regretter l'absence dans ce cas particulier. Nous avons pensé que, pour procéder fructueusement du connu à l'inconnu, il fallait que le connu fût mieux connu, si l'on peut ainsi dire. Sans doute ce travail est incomplet, et à cet égard, nous nous faisons moins que personne illusion; mais n'eût-il pour résultat que de fournir des documents à la science et d'ouvrir une voie à de nouvelles recherches sur ce terrain inculte, nous nous estimerions plus qu'heureux. Nous sommes forts d'ailleurs des bienveillants et savants conseils de M. Ferrus, qui a bien voulu nous encourager dans nos recherches.

---

---

## Hygiène pénitentiaire.

---

DE L'INFLUENCE

DU

## RÉGIME PÉNITENTIAIRE EN GÉNÉRAL

ET DE

L'EMPRISONNEMENT INDIVIDUEL EN PARTICULIER

SUR LA SANTÉ ET LE MORAL DES DÉTENUS.

---

Trois systèmes principaux se sont partagé, jusqu'à ce jour, le champ de la réforme pénitentiaire : — le système d'Auburn ; — le système de Philadelphie ; — le système mixte ou éclectique.

Le but principal et direct que se proposent ces trois systèmes est, — indépendamment de la question pénitentiaire proprement dite, c'est-à-dire la question d'intimidation et d'amendement du coupable, — de rompre les liens de la confédération du crime qui s'alimente et se recrute dans les prisons.

Le remède à ce mal se trouve-t-il dans l'un ou l'autre des trois systèmes que nous venons de nommer ?

Examinons :

### *Système d'Auburn.*

Le système d'Auburn consiste à isoler les détenus dans des cellules individuelles, mais pendant la nuit seulement, et à les faire travailler, prendre leurs repas, se promener, en commun,



pendant le jour, avec la seule séparation morale du silence et des classifications par moralités, aidée de l'emploi du fouet et des coups de bâton.

Définir ce système, c'est en indiquer l'insuffisance, la barbarie et le danger.

### *Système de Philadelphie.*

Le système de Philadelphie consistait, dans sa rigueur première, à tenir les prisonniers entièrement isolés les uns des autres, dans des cellules individuelles, aussi bien le jour que la nuit, et cela sans travail, sans promenade et sans pouvoir proférer une parole ou échanger une pensée ou un regard avec qui que ce soit; et cela pendant toute la durée de leur détention, c'est-à-dire pendant des années, un demi-siècle, une vie tout entière.

Ce système ne moralisait pas, ne punissait pas; il abrutissait, il rendait fou, il tuait.

Ce système est modifié aujourd'hui, et son mode d'action se rapproche beaucoup, ainsi que nous le verrons bientôt, du système français de l'emprisonnement individuel.

### *Système mixte.*

Le système *mixte* ou *éclectique* consiste à emprunter aux deux systèmes d'Auburn et de Philadelphie ce qu'ils ont d'appropriable au régime de nos prisons communes, pour faire ensuite de cet amalgame un système de transaction qui concilie, sans les heurter, et amène à composition les opinions contradictoires qui se combattent seulement dans leurs points extrêmes.

Ce système, sans contredit le plus mauvais de tous, est principalement en usage dans le pénitencier de Lausanne, en Suisse, et dans les maisons centrales de France.

A Lausanne, partie des condamnés subit l'emprisonnement solitaire de jour et de nuit, partie l'emprisonnement commun, le jour, et cellulaire seulement la nuit. C'est dire que ceux des condamnés qui sont frappés de la mesure exceptionnelle de la

séparation continue font de cette exception un sujet constant de récriminations, de plaintes, de jalousies, de projets de vengeance ; d'autant que les cellules où ils sont enfermés isolément sont tout près des ateliers où travaillent en commun leurs codétenus, ce qui ajoute au regret de n'être pas avec eux le supplice de les entendre remuer, s'agiter, frapper, et celui de sentir que les autres sont là, pires ou pas meilleurs qu'eux, se regardant, se souriant, se parlant par signes et jouissant, à leur exclusion, de la consolation de vivre au milieu de leurs semblables. Ce rapprochement, qui est leur idée fixe, les irrite et les tourmente sans cesse ; de là, sans doute, les cas de folie qu'on signale depuis quelque temps dans ce pénitencier.

Dans nos maisons centrales, depuis l'arrêté disciplinaire du 10 mai 1839, on suit un système analogue, en soumettant tous les condamnés, dans les dortoirs communs où ils couchent, aussi bien que dans les ateliers communs où ils travaillent, à la règle absolue du silence d'Auburn, et en affectant à une certaine catégorie de détenus seulement un quartier cellulaire spécial où on leur applique la solitude absolue du système de Philadelphie. Mais, outre que ce système n'arrête en aucune façon les communications visuelles, orales, mimiques, télégraphiques et autres, qui sont de l'essence de la vie commune des prisons, il fait naître et entretient dans l'esprit des détenus cellulés une irritation qui nuit essentiellement à la réforme...

### *Système de l'emprisonnement individuel.*

Notre expérience acquise dans la science pratique des prisons nous a conduit à reconnaître :

1° Que là où il n'y a pas séparation individuelle, là nécessairement il y a corruption collective ; et cela, quelque moyen qu'on emploie pour atténuer l'effet de *l'action de la collection* ; et cela, soit qu'on ait recours à la règle d'un silence impossible en soi, et qui ne peut, en tout cas, empêcher les yeux de parler, non

plus que la mémoire de se souveuir ; soit qu'on ait recours à des châtimens corporels dont la fréquence et la rigueur n'accusent que l'impossibilité absolue où l'on est d'empêcher des gens qu'on associe de corps de s'associer d'esprit, de pensées, de paroles, de signes d'intelligence.

2<sup>o</sup> Que le système de Philadelphie, bien que remplissant la condition première, la condition fondamentale de tout système efficace de pénalité et de réforme, savoir : la *séparation individuelle continue des condamnés*, pèche en plusieurs points importants, et si importants qu'on ne peut l'introduire chez nous qu'avec les modifications que comporte, ainsi que nous l'avons déjà dit, le *système français de l'emprisonnement individuel*, système que nous appelons *français*, parce que, organisé comme il doit l'être en France, il n'est pas plus le *solitary confinement* de Philadelphie que le fruit greffé n'est le sauveur qui l'a produit.

Qu'est-ce donc que le système français de l'emprisonnement individuel ?

Ce système consiste à emprisonner individuellement, c'est-à-dire à placer séparément, dans autant de cellules particulières qu'il y a d'individus, tous les détenus d'une même prison ; de telle sorte qu'en réalité chaque cellule soit, pour chaque détenu, une prison spéciale, complète, et munie de tout ce qui est nécessaire pour qu'il puisse passer tout le temps de sa détention, sans communication aucune avec ses co-détenus, mais avec l'utile distraction du travail, des promenades individuelles, des relations orales ou écrites avec la famille, et d'un contact journalier avec les différents employés de la prison, et les personnes honnêtes du dehors admises à le visiter.

Comme on le voit, l'*emprisonnement individuel* que nous voulons n'a rien de commun avec le *confinement solitaire* dont nous ne voulons pas. Notre système, en effet, exclut la solitude et le silence en même temps qu'il admet le travail, les prome-

nades, les visites, les relations avec les parents honnêtes, l'instruction scolaire, morale et religieuse, et l'exercice du culte (1).

*Opinion de l'Académie royale de médecine.*

Malgré cela, on s'obstine à dire que le système tue et rend fou, et l'on ne manque pas de citer à l'appui une foule de cas de folie et de mortalité qui éclatent, dit-on, journellement dans le pénitencier de Philadelphie.

Cet argument ne serait plus qu'une puérité, si, à force d'être répété, nonobstant les preuves contraires, il n'était empreint aujourd'hui de quelque chose qui ressemble fort à du mensonge ou à de la mauvaise foi.

D'abord, le système de Philadelphie tuerait et rendrait fou que ce ne serait pas une raison pour dire que le système français de l'emprisonnement individuel rend fou et tue, car il est impossible d'admettre cette conclusion après l'explication que nous avons donnée des procédés et du mode d'action de l'un et l'autre système. Mais ce qu'il y a de plus fort, c'est que l'argument que nous repoussons tombe à faux, même contre le système de Philadelphie; c'est que tous les adversaires de ce système mentent quand ils disent qu'il engendre la folie ou la mort; et ils mentent, parce que les documents officiels qu'ils connaissent, ou doivent connaître, disent et constatent le contraire.

Il faudrait pourtant en finir, une fois pour toutes, avec ces faussetés.

C'est ce que, déjà, nous avons entrepris de faire, en portant la question devant la seule autorité qui pût la résoudre, devant l'Académie royale de médecine de Paris.

---

(1) Voyez, pour la manière dont nous entendons la pratique et la mise en œuvre de ces diverses parties du système, la *Revue pénitentiaire et des institutions préventives*, que nous publions chez Marc-Aurel, libraire, rue de Richelieu, 102, à Paris.

L'Académie, sur le rapport d'une commission composée de MM. Pariset, Villerimé, Louis, Marc et Esquirol, après nous avoir voté des remerciements dont nous sommes encore tout fier, et ordonné l'insertion de notre travail dans le prochain volume de ses Mémoires, a décidé, le 3 janvier 1839, « que le système de Philadelphie, c'est-à-dire la réclusion solitaire continue de jour et de nuit, mais avec travail et conversation avec les chefs et les inspecteurs, n'abrège pas la vie des prisonniers et ne compromet pas leur raison. (1) »

Quatre ans auparavant, la même Académie, consultée par une lettre de M. le ministre de l'intérieur, en date du 15 mars 1834, sur les causes et la nature des maladies qui règnent le plus ordinairement dans nos maisons centrales, et sur les moyens d'en diminuer l'intensité, avait émis incidemment une opinion semblable relativement à l'innocuité du système cellulaire. Voici en quels termes la commission nommée dans son sein pour résumer son avis s'exprime, à ce sujet, dans son rapport du 12 mai 1835, par l'organe du docteur Ferrus, son savant rapporteur (2) : « Nous l'avons déjà dit, l'isolement le plus complet, le silence le plus absolu, les devoirs religieux les plus sévères, n'ont point, en général, porté un trouble fâcheux dans les facultés intellectuelles des détenus. Le moral de quelques uns d'entre eux, de presque tous ceux qui n'avaient point vieilli dans le vice, en a été amélioré d'une manière notable, et la corruption tout au moins n'a pas trouvé à se propager au milieu de ces précautions scrupuleuses. Ajoutons à cette considération majeure que la santé des individus soumis à ce genre de vie est dans l'état le

(1) L'avis de la commission et de l'Académie de médecine se trouve à la fin de mon *Mémoire sur la mortalité et la folie dans le régime pénitentiaire*, chez madame Bouchard-Husard, libraire, rue de l'Éperon, 7, et dans les *Annales d'hygiène*, t. XXII, chez Baillière.

(2) Cette commission était composée de MM. Cloquet, Collineau, Pariset, Mural et Ferrus, rapporteur.

plus satisfaisant (p. 37). C'est pourquoi le docteur Bache pense que l'emprisonnement solitaire ne peut produire la folie que chez les individus qui ont une prédisposition à cette maladie, et que MM. Pariset et Esquirol, ayant eu à émettre leur pensée sur cette question, n'ont pas craint d'établir que l'isolement des condamnés pouvait être employé avec une certaine rigueur et une grande persévérance sans qu'il pût en résulter aucun inconvénient pour leur état mental (p. 35). »

Ainsi, à deux reprises différentes, l'Académie royale de médecine de Paris prononce un verdict d'acquittement contre les accusations mensongères de mortalité et de folie dont le système de l'emprisonnement individuel était et est encore l'objet (1).

Ajoutons que M. Esquirol nous a dit souvent que, dans son opinion, le système de l'emprisonnement individuel, tel qu'il est défini ci-dessus, non seulement ne pouvait avoir pour résultat d'altérer la santé et la raison des condamnés, mais devait, au contraire, refaire l'une et l'autre en les enlevant du milieu de dépravation et de crime où ils ne pouvaient que les perdre toutes deux.

Et l'opinion du docteur Baillarger est en tous points conforme à celle du docteur Esquirol (2).

Malgré tout cela, l'ignorance et l'esprit de parti répètent ce que la science et les faits ont démenti.

Force nous est donc de revenir encore sur cette question. Nous le ferons le plus brièvement possible.

---

(1) Toutefois, notre impartialité nous fait un devoir de dire qu'en l'absence des documents concluants qui sont venus, depuis, résoudre définitivement la question, la commission de 1834, quelque favorable qu'elle fût au système de Philadelphie, pensait que le système d'Auburn était une réforme suffisante à apporter alors dans le régime vicieux de nos maisons centrales.

(2) V. la lettre que M. Baillarger a adressée sur ce sujet au rédacteur de la *Gazette médicale*, Paris, 1840.

*Opinion des congrès de Florence, de Lucques et de Padoue.*

Parlons d'abord de ce qui s'est passé aux congrès scientifiques de Florence, de Lucques et de Padoue, relativement à la question d'hygiène pénitentiaire qui nous occupe.

En 1841, au congrès tenu à Florence, MM. Mittermayer d'Heidelberg, Ronchivecchi de Florence, et Pettiti de Turin, avaient posé à la section de médecine diverses questions d'hygiène pénitentiaire, questions qui furent résolues, à ce qu'il paraît, au désavantage du système pensylvanien appliqué aux condamnations à long terme (1). Mais, de nouveau posées, au congrès suivant tenu à Padoue, par MM. Cattaneo (2), Porro et Mompiani, de concert avec MM. Pettiti, Saleri et Scopoli, les mêmes questions ont reçu une solution toute différente, tant, dans l'intervalle d'un an, la raison, le bon sens, l'expérience avaient marché !... M. le comte Pettiti, dont l'autorité ne sera pas suspecte, nous a fait l'honneur de nous rendre compte lui-même, en ces termes, de ce résultat important, dans une lettre datée de Turin, du 21 octobre 1842 :

« Une discussion longue et brillante a eu lieu, nous écrit-il. Vos opinions ont été défendues avec beaucoup d'éloquence et de

(1) Nous disons à ce qu'il paraît, bien que nous lisions dans une lettre à nous adressée par le docteur Cattaneo de Milan, sous la date du 15 août 1843 : « Le fait est qu'au congrès de Florence on n'a pas formulé de véritables conclusions ni dans un sens ni dans l'autre. Du reste, ajoute la même lettre, personne ne s'attendait, au congrès de Florence, à ce que la question pénitentiaire fût discutée, parce que les sciences morales et politiques sont exclues des congrès scientifiques en Italie. Aussi la question n'a-t-elle pu y être introduite que sous le rapport médical. »

(2) M. le docteur Cattaneo de Milan est l'auteur d'un remarquable article, intitulé : *Sulla riforma delle carceri*. Cet article, entièrement dans nos doctrines, porte la date de 1841. Il se trouve inséré dans le troisième volume du *Politecnico*.

talent par MM. Mompiani de Brescia et Porro de Milan. M. Orioli, président de la commission nombreuse de médecins et d'écrivains distingués qui ont été chargés d'examiner la matière, a aussi déployé sa brillante éloquence si connue en Italie, pour défendre le système de Philadelphie, avec des mitigations pourtant telles que celles résultant des visites quotidiennes, de mouvements journaliers, d'exhortations suffisantes faites par des hommes capables, de cellules suffisamment spacieuses pour le travail, et suffisamment ventilées et tempérées, etc., mitigations que tous admettaient indispensables pour empêcher les dangers sanitaires de l'isolement. Le comte Scopoli et moi sommes convenus, avec d'autres, que les effets moraux de l'isolement, avec ces mitigations, devaient être admis, mais que les dangers pouvaient s'éviter seulement pour les détentions de quelques années, selon les tempéraments, mais subsistaient toujours pour les détentions à long terme; que d'ailleurs ces mitigations étaient si difficiles, pour ne pas dire impossibles, que tout l'édifice du système tombait. Nous soutenions en conséquence plus probable l'exécution d'un système *mixte* ou *électique*, etc.

» Après longue discussion sur les deux systèmes de Philadelphie et d'Auburn, *une forte majorité* a déclaré le premier préférable au second, sous la condition toutefois que les effets de l'isolement continu fussent journellement mitigés de la manière sus-indiquée, et reconnaissant que si ces mitigations ne pouvaient entièrement s'organiser, ou étaient seulement réduites, on ne pouvait nier les dangers sanitaires qui s'ensuivraient.

» Quant au système mixte, le temps a manqué à la commission pour s'en occuper. Mais on a élu, à Milan, une commission permanente composée de MM. Gianelli, proto-médecin et conseiller du royaume Lombard; Calderini, directeur des Annales de médecine; Porro (Alexandre), écrivain distingué des Annales de statistique; Mompiani, membre de l'Athénée de Brescia, où il a lu deux dissertations remarquables en faveur du



système de l'emprisonnement individuel (1) ; enfin votre serviteur soussigné. La commission à laquelle on a donné des correspondants nommés dans toutes les provinces de l'Italie, est chargée d'examiner tous les travaux qui lui seront envoyés, et notamment les chances d'exécution possibles soit du système français de l'emprisonnement individuel, soit du système mixte

---

(1) Ces deux dissertations, que nous nous sommes procurées avec beaucoup de peine, sont, en effet, admirables de pensées et admirables de sentiment. Nous en avons traduit textuellement et mot à mot un passage qu'on lira sans doute avec le même attendrissement que nous :

« ..... S'il m'était permis de vous exposer les fruits de mon expérience personnelle, alors j'oserais vous dire que j'ai passé deux années en prison, par suite de combinaisons malheureuses, que personne parmi vous n'ignore ; et pendant tout le temps que je me trouvais avec les autres, j'ai toujours senti, tantôt plus, tantôt moins, l'influence du caractère et des sentiments de mes compagnons d'infortune. Mais, durant onze mois que je fus enfermé seul dans une cellule étroite et peu éclairée et où j'entrai en frémissant, mon âme a subi des modifications en si grand nombre et si utiles, que je ne puis m'en ressouvenir qu'avec une véritable satisfaction. Peu à peu, le mépris, l'inquiétude et le désespoir firent place au calme, à la réflexion, à la confiance en Dieu, de manière que je puis dire ne m'être jamais senti ni si noble, ni si religieux, ni si fort, comme dans les journées dont je parle, nonobstant les périls qui m'environnaient. Mon corps était faible, abattu ; mais mon âme était pleine de vie ; Je penchais tellement vers la bienveillance, que je ne pouvais retenir mes larmes, rien qu'en me souvenant du nom d'un ami ou d'un cher concitoyen. Je suis même arrivé à avoir compassion, du fond de mon cœur, de ceux qui, aveuglés par de fausses apparences, m'induisaient à croire que j'aurais une fin terrible, qu'elle était inévitable. Avec cette disposition paisible, joyeux d'avoir pu m'élever au-dessus de mes malheurs, je pus me consacrer à des études sérieuses, faire des lectures suivies et donner un libre cours à mes pensées, faisant, dans mon étroite cellule, les voyages délicieux qui m'occupaient autrefois, au temps où j'étais libre. Et si la triste pensée de l'avenir ne fût pas venue quelquefois troubler la tranquillité de ma solitude, j'aurais passé ces journées entières dans la consolation qui naît de la résignation la plus pure. »

ou éclectique. Elle en fera un rapport au futur congrès de Lucques, qui se tiendra du 15 au 30 septembre 1843. »

A bientôt donc ! Et le congrès de Lucques confirmera, nous n'en faisons nul doute, l'opinion du congrès de Padoue.

*Réponse à l'objection tirée de l'état mental des prisonniers cellulés de Lausanne et des maisons centrales de France.*

Mais, objecte-t-on, le système que vous préconisez a été introduit partiellement dans le pénitencier de Lausanne (1) et dans plusieurs de nos maisons centrales, et, depuis lors, le chiffre des cas d'aliénation mentale va en augmentant. Or, poursuit-on, si les détenus deviennent fous dans un isolement aussi incomplet, ils devront, à *fortiori*, perdre la raison dans des cellules d'où ils ne sortiront jamais, et d'où ils ne verront ni n'entendront rien de ce qui se passera autour d'eux. Nous ne voulons point nier, en ce moment, non plus que critiquer ou suspecter les cas dont on parle. Nous dirons seulement que l'objection tombe devant la moindre notion acquise dans la science pratique des prisons.

---

(1) Nous apprenons qu'il s'est opéré un grand doute, sinon un grand changement, dans l'opinion des plus zélés partisans du système de l'emprisonnement individuel du canton de Vaud, par suite de plusieurs cas de folie qui se seraient déclarés dans le pénitencier de Lausanne. Le docteur Vermeil aurait même, dit-on, publié à ce sujet une brochure alarmante. Nous ne connaissons ni la brochure ni les faits qu'elle peut relater ; mais, quels qu'ils soient, ils ne peuvent dire que ce qu'ils disent. Or, d'après ce que nous avons exposé ci-dessus, serait-il étonnant que le système mixte de Lausanne exerçât une influence fâcheuse sur le moral des détenus cellulés, et l'exception de ce système ne confirme-t-elle pas, loin de la détruire, la règle du nôtre ? Au surplus, nous appellerons l'attention de l'inspecteur du pénitencier de Lausanne, M. Denis, et celle du pasteur Roud, du professeur Chavannes et des docteurs Pellis et Vermeil, qui tous étaient d'accord sur les bienfaits sans danger du régime de l'emprisonnement individuel, lors de notre voyage à Lausanne, sur ce fait qu'ils ignorent ou plutôt qu'ils ont ou-

Ce qui irrite le détenu, ce qui surexcite son cerveau, ce qui peut le pousser à la folie, c'est, ainsi que nous l'avons déjà dit (p. 426), de se savoir l'objet d'une mesure disciplinaire exceptionnelle. Toute mesure exceptionnelle est un acte arbitraire et injuste aux yeux de celui qui en est frappé. Ce sentiment est bien plus vif encore en prison que dans le monde. Cela tient à l'état de captivité, lequel est un état maladif et pour le corps et pour l'âme, qui en souffrent également. Cela tient aussi à ce que la bonne ou la mauvaise conduite des détenus est presque toujours un état de mensonge, dont les détenus seuls connaissent le motif et le fond, ce qui fait que souvent celui que l'exception atteint n'est pas toujours celui qu'elle devrait le plus atteindre; et puis, coupable ou non, le détenu se révolte à la pensée d'une peine qui ne frappe que lui. Que la peine devienne le droit commun de la maison, et alors vous le verrez s'apaiser de lui-même et se résigner au sort que tous subissent comme lui. Voyez ce qui s'est passé à l'égard de la prohibition du tabac, ordonnée, dans toutes nos maisons centrales, par l'arrêté du 10 mai 1839. Si cette prohibition n'eût frappé qu'une certaine classe de condamnés, elle eût bien certainement causé des fièvres cérébrales et d'autres perturbations dont on se serait prévalu pour demander le rappel de la mesure. Mais cette prohibition a été générale, absolue, sans distinction, et aucun des inconvénients qu'on avait prédits n'est arrivé.

Qu'importe, au surplus, ce qui se passe dans les quelques cellules exceptionnelles de Lausanne et de nos maisons centrales

---

blic, c'est que, d'après les recensements faits par M. Pellis lui-même du nombre des aliénés dans le canton de Vaud, il existe 500 aliénés sur une population de 183,582 habitants, et que, sur ces 500 aliénés, 100 seulement sont admis dans l'hospice de Lausanne. D'où cette conséquence, que nous empruntons au docteur Baillarger, que les quatre cinquièmes des fous sont libres dans le canton de Vaud, et que, sur ces quatre cinquièmes, il en entre nécessairement un certain nombre dans le pénitencier.

en présence de ce qui se passe à Philadelphie et dans le pénitencier de la Roquette?

*Etat sanitaire du pénitencier de Cherry-Hill, à Philadelphie.*

Le pénitencier de Cherry-Hill, à Philadelphie, a été ouvert en 1829. De 1829 à 1836 il est sorti du pénitencier 312 détenus. Voici en quels termes le docteur Bache, médecin de l'établissement, a constaté l'état mental de ces détenus.

« Sur les 312 prisonniers sortis du pénitencier depuis son institution jusqu'à la fin de 1836, 16 ont donné des signes d'aliénation mentale; dans ce nombre il est prouvé officiellement que 10 avaient ressenti les atteintes du mal antérieurement à leur entrée au pénitencier. A l'égard de 4, on a de fortes raisons de croire qu'il en était ainsi; sur ces 4, 1 est sorti guéri, les 3 autres n'étaient sujets qu'à de rares hallucinations. Quant aux 2 derniers, on ignore les causes de leur folie: ils sont sortis guéris. »

On lit dans le rapport de la commission nommée par le sénat pour s'enquérir de l'état sanitaire du pénitencier de Cherry-Hill, en 1836: « L'objection qu'on a déjà faite, et qu'on renouvelle encore sans fondement contre le système de Philadelphie, consiste dans cette fausse assertion, que l'isolement continu, qui fait la base de ce système, tend nécessairement à déranger le cerveau des prisonniers, à affaiblir les ressorts de leur esprit, à éteindre le feu sacré de leur intelligence. Pour la réfuter, le comité a eu de nouveau recours à l'officielle vérité des registres et à l'irréfusable témoignage des faits. Or, il résulte de la comparaison des registres tenus dans les divers pénitenciers des Etats-Unis que les cas de folie sont aussi rares, sinon plus, dans le pénitencier de Philadelphie qu'en aucun autre. Quelque désastreuse que puisse être, sur la raison des détenus, la prolongation d'une solitude continue et complète, sans travail, sans livres, sans instruction morale, sans communication journalière avec les employés et les visiteurs de l'établissement, il est certain qu'avec

tous ces sujets de consolation et de distraction, réunis pour rendre moins amers les ennuis de la captivité et plus supportable la solitude soi-disant absolue de cet emprisonnement individuel, les hôtes de nos prisons ne sont nullement en danger de perdre la raison pour cette cause. »

Et dans le rapport du même comité pour 1837 : « Une sérieuse objection est faite contre le système de Philadelphie : c'est que la solitude exerce la plus fâcheuse influence sur l'esprit des condamnés et qu'elle les porte à l'imbécillité et à la folie. Cette assertion, qui suppose un certain courage de la part de ceux qui ne craignent pas de la renouveler, est victorieusement repoussée par ce seul fait qu'on ne croit pas qu'on puisse citer un seul cas d'aliénation mentale survenu à Cherry-Hill, et causé par la solitude des détenus entre eux, depuis que le pénitencier est soumis à la règle *actuelle*. Le travail étant imposé, ou plutôt accordé aux détenus, et des Bibles leur étant fournies ainsi que d'autres livres, ils peuvent ainsi tenir leur esprit constamment occupé, et chasser par là l'ennui qui sans cela pourrait les atteindre. »

De leur côté, les inspecteurs constatent, dans leur rapport lu au sénat en février 1838, que l'expérience d'une nouvelle année les met à même d'assurer qu'aucun cas de folie attribuable à l'isolement dans lequel les condamnés sont tenus vis-à-vis les uns des autres n'est survenu dans le pénitencier. « Chaque année, disent-ils, nous voyons des cas de *démence* provenant de mauvaise conduite antérieure, mais ils cèdent au régime et à l'art médical. Les craintes que quelques personnes avaient conçues dans le principe sur les effets d'une solitude trop prolongée sur l'esprit et la santé des détenus, n'ont point été justifiées par l'événement. Bien loin de là, un condamné qui avait été détenu solitairement *pendant sept années* consécutives est sorti dernièrement du pénitencier, jouissant d'une santé et d'une raison parfaites, et complètement réformé. Il se porte et se conduit très bien aujourd'hui. Lorsqu'il fut condamné, il déclara qu'il aimait mieux mourir que de supporter le supplice de l'emprisonnement

solitaire pendant un si grand nombre d'années. Quand il eut fini son temps, il exprima les sentiments de la plus vive reconnaissance pour les soins qu'on avait pris de lui, déclarant à qui voulait l'entendre qu'il ne les oublierait jamais, et qu'il espérait bien ne jamais perdre le fruit des bienfaits qu'il en avait reçus. »

Quant à la santé, les mêmes inspecteurs ajoutent : « Il y a maintenant dans le pénitencier de Cherry-Hill plusieurs prisonniers qui y sont détenus solitairement depuis huit ans, d'autres depuis six ans, d'autres depuis cinq : tous sont dans un parfait état de santé. Parmi les mieux portants se trouvent ceux qui sont depuis plus longtemps en prison. Le plus grand nombre de ceux qui sont sortis continuent à jouir d'une santé excellente. Ils nous donnent presque tous la même satisfaction sous le rapport de la bonne conduite.

» Le comité observe que la santé des prisonniers a été généralement bonne dans le cours de l'année 1837. La mortalité a été d'environ 4 sur 100 pendant la même année. La moyenne de la mortalité, depuis l'année de l'ouverture du pénitencier, a été de 3 pour 100. Ce fait prouve que, nonobstant le confinement et les restrictions auxquelles les prisonniers sont soumis à Cherry-Hill, ce pénitencier peut soutenir la comparaison, sous le rapport sanitaire, avec quelque établissement de ce genre que ce soit aux États-Unis. »

Les renseignements qui précèdent concernent le pénitencier de Cherry-Hill seul, c'est-à-dire la *Prison d'Etat*, autrement dit la *Prison centrale* de l'État de Pensylvanie. Ceux qui suivent concernent la *Prison de comté* de Philadelphie, appelée Moyamensing, construite en exécution d'un acte de la législature du 30 mars 1831. Son régime intérieur est celui du pénitencier de Cherry-Hill. Voici un extrait du rapport du même comité, eu ce qui regarde cette dernière prison seulement :

« Le greffier de la prison ayant été interrogé sur cette question : Quel effet vous semble avoir sur l'esprit des détenus

l'emprisonnement individuel, avec travail, auquel ils sont soumis? Le greffier répondit : Contrairement aux prédictions des adversaires du système de Pensylvanie et aux craintes de ses amis, l'emprisonnement individuel, avec travail, n'a exercé aucune influence fâcheuse sur l'esprit des détenus; du moins il n'est venu à ma connaissance aucun cas duquel on puisse induire que ce système altère la raison. »

Cette opinion est appuyée du témoignage du médecin. « Vous me demandez, dit le médecin, si l'emprisonnement solitaire avec travail me paraît de nature à altérer la raison des détenus. Je puis répondre qu'aussi loin que mon observation a pu s'étendre, je suis positivement d'avis que, loin d'avoir été nuisible à la santé des détenus de cette maison, l'emprisonnement solitaire avec travail, auquel ils sont soumis, a été évidemment favorable et à leur santé et à leur raison (*has had an evidently beneficial effect upon the minds of the convicts*). Cependant, depuis que les prisonniers sont enfermés isolément dans la nouvelle prison de comté, j'ai constaté un nombre considérable de cas de manie (*mania*); mais je n'en ai reconnu aucun qui eût pour cause le régime de la maison. Loin de là, j'attribue à l'effet de ce régime, c'est-à-dire à l'isolement des détenus entre eux, joint, bien entendu, au *traitement* qu'on leur a fait subir, ceux de ces cas qui se sont terminés le plus favorablement. »

Heureux de ces nouveaux témoignages en faveur du système de Pensylvanie, le comité s'écrie dans son rapport : « Oui, c'est à bon droit qu'on appelle ce système le *Système de Pensylvanie*! S'appuyant sur les plus purs, sur les plus nobles principes d'humanité, et croyant répondre au sens commun et aux sentiments bienveillants de l'espèce intelligente, le comité a raison d'espérer que le jour n'est pas loin où, pour l'honneur de la civilisation et de la morale, ce système prendra partout la place qu'un misérable système de discipline y occupe maintenant. »

« Ce système, s'écrie à son tour, dans la joie de son cœur, le respectable gouverneur de Cherry-Hill, ce système, grâce à

Dieu, n'en est plus à ses débuts. L'expérience a confirmé ses premiers essais et proclamé son excellence sur tous les autres. Aujourd'hui, nous pouvons compter plusieurs détenus qui habitent le pénitencier depuis son origine, dans l'isolement les uns des autres, sans que leur raison et leur santé aient eu à en souffrir. C'est donc pour nous tous un vrai sujet de congratulation et de joie. »

Le septième rapport des inspecteurs du pénitencier de Philadelphie constate d'autres faits plus concluants encore : « Parmi les libérés qui sont sortis dans le cours de l'année dernière, disent les inspecteurs, un avait été détenu solitairement *pendant six années* consécutives ; six avaient été détenus de la même manière *pendant cinq ans* ; dix pendant *quatre ans* ; neuf pendant *trois ans* ; et le reste pour un temps plus court. Tous ceux qui avaient subi ce régime pendant trois ans et plus étaient évidemment améliorés aussi bien dans leur moralité que dans leur santé ; ce qui prouve que ce système est le meilleur de tous, sous ce double rapport. »

Les rapports officiels des années subséquentes ont-ils détruit l'autorité de ces chiffres ? Bien loin de là ; il résulte des documents authentiques que nous venons de recevoir, et dont le dernier a été lu au sénat de Pensylvanie, le 8 mars 1843, que la mortalité est la même dans la population blanche libre que dans la population blanche en prison, et que si, en 1839, il y a eu 26 cas d'aliénation mentale, dont 13 appartenant à des prisonniers de couleur, et les 13 autres à des circonstances locales ou individuelles qui ont disparu devant un court traitement, il n'y en a eu que 21 en 1840, provenant des mêmes causes, 11 seulement en 1841 et *pas un seul* en 1842.

Que veut-on de plus concluant ?

### *État sanitaire du pénitencier cellulaire de la Roquette.*

Au surplus, ce qui se passe au pénitencier de la Roquette, où



des enfants et des adolescents, au nombre de quatre à cinq cents, sont soumis, depuis plus de trois ans, au régime de l'emprisonnement individuel, lequel ne semblait d'abord applicable qu'à des prisonniers adultes, résout encore sur ce point la question en faveur de notre système. En effet, *aucun cas de folie* attribuable au système n'a encore été constaté dans le pénitencier. Quant au chiffre de la mortalité, il ne dépasse pas la moyenne de 7 à 8 sur 100, lorsqu'il était de plus du double dans le régime de la vie en commun. Quant à la santé des enfants en général, elle a presque toujours été meilleure et jamais plus mauvaise qu'elle n'était avant l'introduction du système. C'est ce que constate M. le préfet de police dans son rapport du 6 février 1843 : « En définitive, dit ce magistrat, la population valide de la maison, qui, avant l'*encellulement*, était pâle, amaigrie, souffreteuse, présente, depuis longtemps, un tout autre aspect, et se compose aujourd'hui d'enfants dont la physionomie annonce, en général, de la santé, et, chez plusieurs même, du contentement. Ces résultats sont tellement vrais qu'ils ont frappé plusieurs des experts qui, à diverses époques, ont bien voulu se charger de la mission d'examiner ces enfants sous le rapport de l'éducation industrielle. Trois d'entre eux écrivaient en 1841 : « L'appréhension qu'avait fait naître en nous l'application du système cellulaire aux enfants de la Roquette s'est bientôt dissipée en présence des résultats obtenus par ce moyen, et en voyant surtout sur les physionomies des détenus un air de santé et presque de satisfaction, remplacer l'air maladif et malheureux que nous avions trouvé, il y a trois ans, lorsqu'ils étaient soumis au régime de la vie en commun. »

#### *Considérations morales sur la folie pénitentiaire.*

A toutes ces autorités, émanées de corps savants ou de sources officielles en faveur du système que nous défendons, nous en avons une dernière à ajouter : celle-ci émane de la conscience

et de la conviction d'un homme aussi profondément religieux que profondément versé dans la science pratique des prisons. Nous voulons parler de l'opinion du vénérable Suringar, le John Howard de la Hollande (1). Voici en quels termes il traite, du point de vue moral seulement, la question de folie pénitentiaire que nous n'avons traitée jusqu'ici que du point de vue sanitaire et médical :

« Admettons que quelques cas de folie soient ou aient été produits par l'isolement : c'est terrible, assurément ; mais il y a quelque chose de plus terrible encore, c'est la folie par *communication sociale*.

« D'où peut provenir la folie chez le détenu ? Est-elle bien la conséquence *nécessaire* de l'emprisonnement individuel ? Non, elle ne l'est pas. Placez isolément un innocent ou un détenu peu coupable ; certes, si l'on ne prend pas à son égard toutes les précautions convenables, il pourra dépérir d'ennui et de chagrin ; mais, en règle générale, il ne tombera pas en démente. Témoin Latude, qui fut enfermé trente-deux ans, et le baron de Treuck, qui le fut quatorze ans. J'ai visité, en 1836, dans la forteresse près de Magdebourg, la sombre prison qui fut construite pour ce dernier. Tous deux, emprisonnés isolément pour crime d'État, subirent cette longue détention solitaire sans éprouver la moindre altération d'esprit. Celui-là seul est en danger de perdre la raison dont la conscience n'est pas tranquille, et qui se trouve seul, face à face, avec cette conscience qu'il ne peut fuir, et qui le poursuit sans cesse du remords de ses crimes. La conscience du coupable est moins poignante pour lui dans la communauté de ses parcs. Là, les mauvais conseils et les mauvais exemples qu'il reçoit, habituent son oreille et son cœur à ne point entendre la voix de l'âme. Dans la solitude, au con-

---

(1) V. *Considérations sur la réclusion individuelle des détenus*, traduit par nous du hollandais. Paris, 1843, brochure in-8. Chez madame Bouchard-Huzard, libraire, rue de l'Éperon, 7.

traire, le juge interne veille toujours, et ne laisse au remords ni paix ni trêve. C'est alors que, si la religion ne vient au secours des coupables, le désespoir et la folie peuvent s'emparer de l'esprit et de la raison de plusieurs d'entre eux.

» Mais, en admettant que sur cent criminels, emprisonnés individuellement, il y en eût quatre qui devinssent fous, en serait-ce moins une raison d'isoler ces cent coupables, et de les soustraire par là au danger d'une folie bien plus à craindre pour tous, celle qui provient du poison des conversations impies, des communications impures, et de tous ces vices de prison qui engendrent des maladies morales incurables, maladies qui tuent l'âme! Faut-il donc, pour obvier à une chance incertaine de folie chez quelques uns, exposer tous les autres au danger certain d'une folie plus grave : celle de l'endurcissement dans le crime ou de l'obstination dans le péché? Faut-il donc, au prix de ce danger, plonger ces quelques malfaiteurs dans la contagion des prisons communes, afin qu'ils puissent, tout à leur aise, user de leurs facultés intellectuelles et employer la force de leur esprit à comprimer la force de leur âme et à tarir la source de leur conscience? Faire naître un mal plus grand pour prévenir un mal moindre; — commettre un nouveau péché pour se laver d'un péché ancien; — tuer toute une ville pour empêcher de mourir quelques habitants; — n'est-ce pas le comble de la folie? et quelle folie peut être plus grande que celle-là?

» Oh! il faut l'avoir entendu le langage de l'affreuse volupté contre nature; il faut l'avoir observée la rage effrénée de la vengeance; il faut les avoir reçues les confidences des prisonniers, comme celles de ce détenu de Stockholm, qui déclarait qu'à sa sortie, son bonheur serait de corrompre et d'assassiner moralement tous ceux qui lui tomberaient sous la main; — et celle de ce prisonnier de Spandau, qui, quoique déjà vieux, faisait chaque jour l'abandon de son pain à un jeune détenu, son compagnon de chambrée, pour l'induire en tentation des sales plai-

sirs qu'il méditait de goûter avec lui; — toutes ces choses, et de bien plus infâmes, il faut les avoir vues et entendues comme je l'ai fait, pour connaître au vrai l'affreuse corruption de nos prisons communes, et pour comprendre l'efficacité du remède qui seul est appelé à guérir et à rendre impossibles de telles plaies.

» Si l'on demande : ne se commet-il donc pas de péché dans l'isolement ? Il s'en faut de beaucoup, répondrai-je, car il est impossible à l'homme d'imaginer une situation dans laquelle on puisse faire perdre l'envie et détruire le moyen de pécher ; mais il s'en commet de bien moindres dans la vie cellulaire que dans la vie commune. Cependant, ajoute-t-on, il n'est guère que le péché par paroles que l'on prévient par l'isolement, car on ne saurait empêcher ceux qui se commettent par pensées, ni même ceux qui se commettent par actions. Il est même un péché secret qui aime et qu'encourage la solitude. A cela je réponds qu'on ne peut nier, et on ne le nie pas, qu'à l'exception de ce dernier péché, tous les autres se commettent plus fréquemment et plus grièvement dans la vie commune que dans la vie solitaire ; et que, pour ce qui est du péché secret dont on parle, il est plus que probable qu'il n'est pas connu de tous les condamnés, et qu'il restera inconnu à plusieurs d'entre eux, s'ils restent emprisonnés individuellement, tandis qu'ils l'apprendront sûrement s'ils sont emprisonnés tous ensemble.

» Au surplus, il est en ce point une considération essentielle sur laquelle je dois insister, c'est que, de deux maux entre lesquels il faut choisir, on doit toujours choisir le moindre.

» D'après l'expérience que j'ai acquise et d'après les données exactes de juges compétents en cette matière, les ravages du corps et de l'âme produits, dans les prisons communes, par le *crimen nefandum*, sont infiniment plus grands que ceux qu'on pourrait redouter de l'*onanisme*, dans l'emprisonnement séparé. D'ailleurs, dans l'isolement, il est des précautions, des châtimens qui peuvent empêcher la violence de ce dernier mal.

Si ce double sujet n'était extrêmement délicat à traiter, j'en dirais davantage sur ce que j'en sais, et j'en tirerais des conséquences dont tout le monde saisirait la portée et l'application; mais il me répugne d'entrer plus avant dans ce cloaque qui fait honte à l'humanité. Je dirai seulement, avec la plus intime conviction, qu'il n'est à mes yeux qu'un seul moyen d'en finir avec toutes ces horreurs, c'est d'adopter le système de l'emprisonnement individuel.

» Remarquez-bien que par ces mots, *système de l'emprisonnement individuel*, je pose, d'après M. Moreau-Christophe, la barrière légale qui doit séparer ce système avec celui du *solitary confinement* des *Pensylvaniens*. Je conçois, en effet, que le coupable soit isolé de ses semblables, mais je ne concevrais pas qu'il le fût de l'espèce humaine. Ses semblables, à lui, sont les criminels comme lui : or, c'est de ceux-là seulement que M. Moreau-Christophe et moi entendons le séparer. Mais ses semblables ne sont point les honnêtes gens, les gens qui n'ont point failli : or, c'est avec ceux-ci que nous voulons établir les relations les plus fréquentes, les plus suivies qu'il se pourra.

» Après cela, si le remords de la conscience en fait mourir un seul en démente, que le genre humain contemple sa fosse avec pitié, car le Père des miséricordes lui fera grâce, alors, bien plus que s'il eût persisté dans le mal jusqu'à la fin avec toute sa raison. Perdre sa raison avec le remords au cœur vaut mieux pour le ciel que de la conserver avec la persévérance et l'obstination réfléchie dans le mal.

. . . . .

» Revenons pourtant, encore une fois, sur l'argument tiré de la sévérité de la peine et de la perturbation qu'elle apporte dans l'esprit du déteuu. Pour qui la peine de l'isolement est-elle la plus sévère ? assurément c'est pour celui qui l'a le plus méritée. Pour qui cette peine est-elle plus naturellement une occasion de folie ? assurément c'est pour celui qui a commis le

plus de crimes, et que tourmente le plus vivement le remords de les avoir commis.

« Or, c'est justement *ce* criminel que l'on est moralement obligé d'isoler. Le loge-t-on avec des condamnés moins coupables, il les corrompt; avec d'aussi ou de plus coupables, il se corrompt lui-même davantage avec eux. On a le *droit* de le placer seul, puisqu'on ne le fait que pour le sauver.

« Mais, pour que l'isolement produise tout le bien qu'on est fondé à en attendre; il faut que la cellule s'illumine, pour le détenu, des rayons les plus vifs et les plus purs de la religion.

« Il n'est pas dans la puissance humaine d'ôter de la mémoire du coupable un grand crime commis, au point de lui rendre le calme qu'il aurait s'il ne l'eût pas commis; mais, du moins, on peut le délivrer d'agitations outrées, le disposer à la résignation, le consoler et faire renaître dans son âme l'amour de Dieu, qu'il a perdu, et lui faire entrevoir le pardon qu'il peut toujours obtenir.

« Et s'il en est un seul, parmi ces malheureux, qui s'obstine à ne pas vouloir entendre et qui persiste dans sa méchanceté; ou bien s'il en est un autre qui, touché des exhortations qu'on lui adresse, s'écrie : « Ma faute est trop grande pour que je puisse espérer qu'elle me sera pardonnée; » ou, pour le dire en deux mots, si l'endurcissement ou le désespoir chez le détenu est tel qu'on ait à craindre qu'il ne tombe en démence (et n'est-ce vraiment pas déjà une espèce de démence que de douter de l'amour de Dieu ?), vaudrait-il mieux, dans ce cas, et après avoir épuisé tout ce que la foi a de ressources pour lui rendre la vie morale, faudrait-il, pour préserver sa raison, plonger ce malheureux dans la fosse aux lions des pervers et des impies, d'où un miracle seul pourrait le retirer; faudrait-il le livrer, pieds et poings liés, à cette foule de cannibales qui ne l'attendent et qui ne l'appellent que pour dévorer tout ce qui reste de bon en lui ? Non, mille fois non ! Périsse plutôt cette

raison dont on fait tant de cas, et que, pour ma part, je prise fort peu, quand elle n'a pour flambeau que l'intelligence de la matière, et quand celui auquel on veut la conserver doit nécessairement en user pour perdre son âme et tuer celle des autres. »

Nous avons dû rapporter textuellement ces graves considérations, parce que, bien que nous n'osions les approuver toutes, toutes cependant ont dû trouver place dans un travail où rien de ce qui touche la *folie pénitentiaire* ne peut être omis.

#### RÉSUMÉ.

En résumé, ce qu'il importe de considérer dans la question de folie et de mortalité qui nous occupe, c'est :

1° Que « la comparaison des tables de mortalité du pénitencier de Cherry-Hill avec celles des autres pénitenciers des États-Unis conduit à cette conclusion, que l'isolement continu du système de Pensylvanie ne porte aucun préjudice à la santé des détenus. A Cherry-Hill, les décès (blancs et noirs compris) sont dans la proportion de 2 5/10 pour 0/0; tandis qu'ils sont de 4 pour 0/0 à Sing-Sing, où l'on suit le système d'Auburn; d'où il suit que la santé des prisonniers est, sans aucun doute, aussi en sûreté dans le pénitencier de Philadelphie que dans aucun autre, aux États-Unis ou ailleurs, régi par un autre système (1). »

2° Qu'il en est de même relativement aux cas d'aliénation mentale, ainsi que nous l'avons vu ci-dessus, p. 440.

3° Qu'alors même que les chiffres inconnus d'une ou deux années ultérieures viendraient à contrarier en quelques points ceux des années antérieures, un chiffre incertain et isolé ne pourrait détruire l'autorité des chiffres positifs et constants de quatorze années consécutives.

---

(1) Rapport pour 1837 du comité nommé par le sénat pour visiter le pénitencier de Cherry-Hill. — Les moyennes de mortalité comparative des divers pénitenciers ont peu varié depuis. V. ci-dessus, p. 438.

4° Qu'alors même que, comparativement aux autres pénitenciers d'Amérique, le pénitencier de Philadelphie témoignerait d'une certaine infériorité relativement à la fréquence des cas de maladie, de folie ou de décès, cette infériorité tiendrait moins au système qu'à des circonstances locales ou particulières, indépendantes du système ; par exemple, la proportion des hommes de couleur, laquelle est beaucoup plus grande dans le pénitencier de Philadelphie que dans le pénitencier d'Auburn (1). — Par exemple encore, l'absence à Philadelphie d'un établissement spécial pour les aliénés. Tout le monde sait que, pour tout le grand État de Pensylvanie, qui compte 4,500,000 habitants, si on en excepte l'établissement des Quakers à Francfort, il n'existe qu'un bâtiment défectueux dans l'hôpital de Philadelphie pour le traitement des fous ; d'où cette première conséquence que, dans cet État, comme en Angleterre, et surtout comme en France avant la loi de 1838, les fous, sous la dénomination de criminels, se trouvent là où ils ne devraient jamais être, en prison ; d'où cette seconde conséquence, qu'il est impossible de distinguer, parmi les fous d'une prison, ceux qui y sont entrés comme tels, d'avec ceux qui sont devenus tels, depuis leur entrée, sous l'influence du régime qu'on y suit. — Par exemple enfin, la simulation de la folie qui doit être plus fréquente dans le pénit-

---

(1) Il est reconnu, en Amérique, que la mortalité parmi les nègres est beaucoup plus grande que la mortalité parmi les blancs, et ce qui le prouve, c'est que, bien que les nègres du pénitencier de Philadelphie ne figurent au nombre total des détenus que dans la proportion de 40 sur 100, les décès appartenant à cette classe sont au nombre total des décès dans la proportion de 73 à 100. — Un fait analogue se produit dans la société libre. En 1830, la mortalité parmi la race blanche de la ville et du comté de Philadelphie a été de 1 blanc sur 50 blancs, et de 1 nègre sur 23 nègres. On comprend dès lors qu'il est impossible de comparer, quant à la mortalité, une prison qui contient beaucoup de nègres à une prison qui n'en contient que peu. (De Tocqueville.) La même distinction doit être faite quant aux cas d'aliénation mentale. *V.* ci-dessus, p. 440.



tancier de Philadelphie qu'en aucun autre régi par le système opposé, attendu que les cas de folie simulée augmentent en proportion de la certitude acquise aux détenus que le système cellulaire auquel ils sont soumis est accusé de produire le dérangement de l'intelligence (1).

5° Que ce n'est ni avec Auburn ni avec Genève qu'il faut comparer le pénitencier de Philadelphie, sous le rapport de la mortalité et de la folie des détenus, mais avec ce qui se passe sous ce rapport dans la ville même de Philadelphie, et avec ce qui avait lieu dans le même pénitencier avant le régime actuel. Or, il est prouvé, d'une part, que les cas de mortalité présentent la même moyenne (3 p. 0/0) dans la population libre et dans la population prisonnière, et que rien ne constate qu'il y ait proportionnellement moins de fous dans l'une que dans l'autre; et, d'autre part, que la mortalité, qui est de 1 sur 30 dans le régime actuel du pénitencier de Philadelphie, était de 1 sur 7 dans ce même pénitencier, alors qu'il était soumis au régime de la vie commune.

6° Que si les maladies pulmonaires règnent surtout dans le pénitencier de Philadelphie, elles règnent surtout aussi dans toutes les autres prisons soumises à un tout autre régime, et principalement dans la prison de Berne, dont la majeure partie

---

(1) M. de Tocqueville dit, à ce sujet, au nom de la Commission, dans son rapport de 1843 : « Avant 1838, aucun cas de folie ou d'hallucination ne paraît s'être présenté dans le pénitencier de Philadelphie. A cette époque on en remarque plusieurs : un ou deux détenus obtiennent pour cette raison leur grâce. A partir de ce moment, les cas se multiplient ; mais, contrairement à la marche habituelle des maladies mentales, quelques jours suffisent d'ordinaire pour guérir le malade. N'est-il pas permis de croire que quelques unes de ces affections, si facilement surmontées et qui apparaissent au milieu d'une prison où la santé générale des détenus est remarquablement bonne, ont été simulées, soit dans l'espérance d'échapper momentanément à la rigueur du régime commun, soit dans l'espoir de la grâce ? »

des détenus est employée aux travaux des champs, ce qui ne les empêche pas de mourir dans la proportion de 3 sur 100, comme dans le pénitencier de Philadelphie (1).

7° Que si nous comparons les résultats sanitaires du pénitencier de Philadelphie à ceux de nos prisons, cette comparaison est toute à l'avantage de ce pénitencier; car, tandis que le nombre des décédés n'est que de 1 sur 30 dans le pénitencier de Philadelphie, il est de 1 sur 16 pour les hommes dans nos maisons centrales, et de 1 sur 19 dans nos bagnes. Ajoutons que, dans la maison centrale de Fontevault, la plus parfaite que je connaisse sous le rapport de la discipline, le nombre des décès, qui n'était que de 100 par an avant le régime disciplinaire du 10 mai, a atteint le chiffre énorme de 200 sur une population égale, depuis l'application de ce régime, lequel n'est autre que celui d'Auburn mitigé (2). Ajoutons encore que la commission de 1840 a constaté que, dans notre armée, composée d'hommes jeunes et choisis, la mortalité, dans les grandes villes de garnison, et particulièrement à Paris, est plus considérable que dans le pénitencier de Philadelphie. Ajoutons enfin qu'il résulte d'un travail présenté en 1843 par le docteur Chassinat à M. le ministre de l'intérieur que, dans l'intervalle de 1822 à 1831, et parmi

(1) V. sur cela mon *Mémoire sur la mortalité et la folie*, p. 54 et suiv.

(2) M. Ardit, chef de la section des prisons au ministère de l'intérieur, a constaté que, dans une période de dix ans, sur 1,166 condamnés entrés dans la maison de Melun, il en était mort 399; et que, sur ce dernier nombre, 146 étaient morts dans la première année de leur captivité, 104 dans la seconde année, 57 dans la troisième, 44 dans la quatrième, 30 dans la cinquième, 11 dans la sixième, 4 dans la septième, 2 dans la huitième et 1 dans la neuvième et la dixième année.

Le même résultat a été constaté depuis dans d'autres maisons centrales.

Ainsi, l'on peut dire que, dans le système actuel de nos maisons de force, tout individu condamné à dix ans de réclusion est condamné à mourir avant le terme de sa peine.

les hommes du même âge, il meurt deux personnes dans la société libre contre cinq forçats dans les bagnes, et contre six à sept détenus dans les maisons centrales; qu'un homme de trente ans, au bagne, a la même chance de vie qu'un homme de cinquante-huit dans la société libre; et qu'un homme de trente-trois ans, dans la maison centrale, a la même chance de vie qu'un homme de soixante-quatre dans la société libre; qu'on meurt à l'âge de seize à vingt ans dans les maisons centrales, une fois plus que ne le comporte la moyenne générale; et que lorsqu'il meurt deux jeunes gens de seize à vingt ans dans la société libre, il en meurt douze dans nos prisons. D'où cette conséquence de la commission de 1843, qu'il est absolument faux de dire que le système d'emprisonnement suivi à Philadelphie ait compromis outre mesure la vie des détenus, puisque dans nos maisons centrales, à l'époque même où le régime y était le plus doux, les décès ont été beaucoup plus nombreux qu'en Amérique (1).

8° Enfin, qu'alors même qu'il serait prouvé que les cas de folie et de mortalité sont un peu plus fréquents dans l'emprisonnement individuel que dans l'emprisonnement commun, cette raison, quelque puissante qu'elle soit, ne serait pas moins insuffisante à nos yeux, comme à ceux de la commission de la Chambre des députés, pour faire abandonner, avec le système de l'emprisonnement individuel, tous les biens sociaux qu'on en doit attendre. Il est constant que, dans les maisons de détention les moins sévères et les plus rapprochées, par leur régime intérieur, du régime qu'on suit chez soi, la vie prisonnière produit plus de maladies et plus de morts que la vie libre. Devra-t-on pour cela renoncer à la pénalité de l'emprisonnement? Un journal anglais constatait dernièrement que 10,000 personnes étaient mortes par suite d'explosion, aux États-Unis, depuis l'application de la vapeur aux communications par terre et par eau. En supposant

---

(1) V. le deuxième rapport de M. de Tocqueville. *Revue pénitentiaire*, 2<sup>e</sup> livraison, p. 240.

que ce chiffre ne soit pas exagéré, devra-t-on en conclure qu'il faut renoncer aux chemins de fer et aux paquebots à vapeur? Il y a plus de chances de mort dans une manufacture qu'en plein champ : devra-t-on en conclure qu'il faut renoncer aux mécaniques et ne s'adonner qu'aux travaux agricoles (1)?

Toutes ces questions et mille autres de même nature tendent à démontrer qu'il est des nécessités sociales que le plus petit nombre doit subir dans l'intérêt du plus grand nombre. La prison est une de ces nécessités. Tout ce qu'on peut, tout ce qu'on doit exiger d'elle, c'est qu'elle ne tue pas. Et elle ne tue pas, lorsque la moyenne de ses morts n'est que dans une proportion qui n'accuse pas son régime de barbarie, par des chiffres incontestables et démesurément élevés.

MOREAU-CHRISTOPHE,

Inspecteur-général des prisons du royaume.

(1) Dans les considérations qui précèdent son rapport, la Commission de l'Académie royale de médecine, chargée d'examiner mon Mémoire sur la mortalité et la folie dans le régime pénitentiaire, s'exprime ainsi sur cette dernière partie de la question : « S'il était vrai que le système de Philadelphie fût un peu moins favorable à la durée de la vie des prisonniers, faudrait-il renoncer à ce système? La vie des détenus est-elle plus longue dans les anciennes prisons et dans nos maisons centrales actuelles où les prisonniers font de l'exercice en plein air et parlent à volonté? La vie que s'était faite le criminel avant sa réclusion n'était-elle pas plus compromise que sa vie dans le pénitencier? N'y a-t-il pas plusieurs professions qui compromettent plus souvent l'existence de ceux qui les exercent que n'est exposée la vie des détenus? Oui, dit-on; mais l'ouvrier accepte librement les chances de sa profession... Et le criminel! n'a-t-il pas accepté librement, lui, les chances de la peine à laquelle sa conduite l'expose? »

---

# REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

---

## JOURNAUX FRANÇAIS.

---

### **I. Archives générales de médecine.**

Numéros de Août et Septembre 1843.

NOTE SUR UN CAS DE NÉVRALGIE TRIFACIALE, CAUSÉE PAR LA CARIE  
D'UNE DENT MOLAIRE, PAR M. VALLEIX.

### **II. Gazette médicale de Paris.**

Numéros de Août et Septembre.

1<sup>o</sup> *Notice statistique sur les causes de l'aliénation mentale en France*, par M. Moreau de Jonnés. (Voyez le n<sup>o</sup> 5 des *Annales*, page 300.) 2<sup>o</sup> *Remarques sur le délire aigu qu'on observe dans les établissements d'aliénés*, par M. Brierre de Boismont. 3<sup>o</sup> *Mémoire sur l'extase religieuse épidémique qui régnait en Suède en 1841 et 1842*, par M. Sonden,

REMARQUES SUR LE DÉLIRE AIGU QU'ON OBSERVE DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS (lues à l'Académie royale de médecine),  
PAR M. A. BRIERRE DE BOISMONT.

Le délire aigu (frénésie des anciens) n'est ni la méningite ni l'encéphalite. L'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, ne laissent aucun doute à cet égard. On doit le considérer comme un désordre purement nerveux, semblable au délire des ivrognes, des opérés, etc. Sa cause prochaine n'est pas plus connue que celle de ces différents délires et de beaucoup d'autres maladies nerveuses. Les lésions anatomiques que l'on rencontre dans un certain nombre de faits ne sont que des complications d'autres maladies. Les limites qui séparent le délire aigu de la manie aiguë, de la méningite, de la méningo-céphalite, ne sont pas toujours faciles à saisir; aussi

peut-on dire que dans quelques circonstances ces maladies se confondent par des nuances insensibles. Ce sont ces différences qui ont induit plusieurs médecins en erreur, et leur ont fait dire que le délire aigu était déterminé par une inflammation des membranes et du cerveau. Le délire aigu diffère, sans aucun doute, de l'aliénation par sa symptomatologie, sa marche, sa durée; mais il s'en rapproche tellement dans quelques cas, qu'on est alors porté à le considérer comme une folie aiguë. Le traitement varie selon les circonstances.

Suit une observation intitulée : *Délire aigu; aliénation depuis douze ans; mort.*

Une dame âgée de soixante ans présentait depuis douze ans une aliénation mentale caractérisée tantôt par une grande agitation, tantôt par une mélancolie profonde. Elle était depuis trois jours dans un délire violent, poussant des cris, voulant se jeter par la croisée, brisant les objets. Elle avait la face colorée, la tête chaude, l'œil hagard, la langue sèche et rouge, le pouls à 100 pulsations, peu développé. Elle chantait presque continuellement, ou tenait des discours singuliers. Elle crachotait sans cesse, refusait de boire, ou rejetait les boissons après les avoir gardées dans la bouche. Émissions sanguines locales et générales, employées avec modération à cause de la faiblesse de la malade, bains prolongés avec affusions froides, calomel; tout fut inutile. Au bout de quelques jours, à cette agitation, souvent furieuse, succède de l'abattement; malgré quelques éclairs de raison, elle refuse obstinément de boire; il faut employer la sonde œsophagienne. Elle s'affaisse graduellement davantage, et succombe enfin huit jours après son admission à la maison de santé.— M. Brière de Boismont examina très soigneusement l'encéphale avec M. Bicheteau; et dans la description détaillée qu'il en donne, il faut reconnaître, avec ces deux médecins, que l'encéphale n'a présenté, chez ce sujet, aucune lésion appréciable à laquelle il fût possible de rapporter l'aliénation durant depuis douze ou le délire aigu qui avait précédé la mort.

MÉMOIRE SUR L'EXTASE RELIGIEUSE ÉPIDÉMIQUE QUI RÉGNAIT EN SUÈDE EN 1841 ET 1842, PAR LE DOCTEUR C.-A. SONDEN, médecin de l'hôpital des aliénés à Stockholm.

Cette maladie singulière s'est manifestée au commencement de l'année 1841 parmi les habitants des campagnes des parties centrales du royaume, et elle n'est pas encore entièrement dissipée. L'auteur divise en deux ordres les symptômes que présentaient les malades : les uns physiques, consistant en une attaque spasmodique, tres-

saillements convulsifs, contorsions hideuses, bonds et sauts, quelquefois tellement impétueux que le malade ne pouvait rester assis ni couché; les autres psychiques, consistant en une extase *plus ou moins involontaire*, pendant laquelle le malade croyait voir et entendre des choses surnaturelles, et était pris d'un besoin irrésistible de prêcher: l'un ou l'autre de ces deux groupes de symptômes prédominait chez chaque malade. Ces prédications, la plupart du temps nialeses ou grossières, portaient toujours sur des sujets religieux. Ce sont surtout des individus jeunes et des femmes qui ont présenté des exemples de cette maladie: il paraît que, hormis le premier malade, une femme depuis longtemps exclusivement adonnée aux idées et aux pratiques religieuses, la maladie se gagnait toujours par imitation, et ne se montrait guère la nuit ni dans la solitude. Les malades ne présentaient du reste aucun trouble dans leur santé générale et aucune modification des autres fonctions. Plusieurs milliers d'individus ont déjà présenté ces accidents, et l'épidémie, bien qu'elle aille en s'affaiblissant, n'est point encore éteinte. Il paraît qu'on a eu beaucoup de peine à persuader aux habitants que c'était là une véritable maladie, et non l'effet d'une inspiration, dont la croyance avait déjà exalté l'enthousiasme et le fanatisme de la multitude. Il paraît que ce qui a le plus contribué à éclairer le peuple à ce sujet, c'est le non-accomplissement de toutes les prophéties que débitaient *les exaltés*. Les circonstances dans lesquelles l'auteur semble porté à chercher la cause de cette maladie sont: l'ignorance du peuple et l'influence qu'exerçaient sur lui, depuis quelque temps, des sectes religieuses et fanatiques, l'abus général des alcooliques, et l'alimentation insuffisante qui était résultée de quelques années de mauvaise récolte.

### III Gazette des hôpitaux.

Numéros de Août et Septembre.

1<sup>o</sup> *Chorée. Quelques considérations sur la marche et le traitement de cette maladie* (hôpital des Enfants, service de M. Guersant père). 2<sup>o</sup> *Traitement des affections aiguës du cerveau*, par M. Rostau. 3<sup>o</sup> *Perte subite de connaissance; convulsions épileptiformes; coma, délire, anesthésie; guérison*; observation recueillie dans le service de M. Martin Solon. 4<sup>o</sup> *Observation de congestion cérébrale* (service de M. Louis). 5<sup>o</sup> *Contracture des extrémités. De la nature et du traitement de cette affection* (hôpital des Enfants, service de M. Jadelot). 6<sup>o</sup> *Observation de paralysie saturnine* (service de M. Martin Solon.) 7<sup>o</sup> *Deux cas de méningite terminés*

*par la mort* (service de M. Cruveilhier). 8<sup>e</sup> *Méningite tuberculeuse* (service de M. Jadelot).

CONGESTION CÉRÉBRALE ; CÉPHALALGIE PENDANT TROIS JOURS ; PERTE SUBITE DE CONNAISSANCE ; HÉMIPLÉGIE GAUCHE AVEC CONTRACTURE ; MUTISME ; GUÉRISON COMPLÈTE ET RAPIDE. (Hôpital Beaujon, service de M. Louis.)

Une fille de vingt-six ans, d'une constitution assez forte, domestique, est issue de parents qui n'ont jamais été atteints de paralysie ni de coup de sang. Elle est d'une bonne santé habituelle, à part quelques étourdissements, d'ailleurs peu intenses, qu'elle ressent de temps en temps depuis une époque indéterminée. Rarement elle éprouve de la céphalalgie ou des épistaxis, et jamais, avant la maladie actuelle, elle n'avait eu de perte de connaissance ni de paralysie. Elle n'a jamais reçu de coups sur la tête, ne boit du vin que rarement et en petite quantité. Elle est réglée depuis douze ans, régulièrement, mais peu abondamment.

Le 1<sup>er</sup> et le 2 août, céphalalgie peu intense. Le 3, elle vient d'Étampes à Paris, et le soir tombe dans la rue sans connaissance, n'ayant mangé qu'un peu de pain le matin : au bout d'un certain temps, on la ramasse et on la porte à l'hôpital sans connaissance.

Le 4, décubitus dorsal, figure médiocrement colorée, un peu anxieuse, sa bouche un peu déviée à gauche; yeux médiocrement ouverts, le gauche plus que le droit; globes oculaires mobiles, tantôt parallèles, tantôt divergents. et par intervalles aussi il arrive que l'œil gauche, regardant directement en avant, l'œil droit est dirigé en haut; pupilles régulières, peu contractiles, ayant, la droite le quart, la gauche le tiers de la cornée. La vue paraît peu nette, l'ouïe est intacte. Aussitôt la demande faite, la langue se tire sans hésitation, fortement déviée à droite; elle essaie en vain, quand on l'y engage, à la porter vers la ligne médiane. La parole est complètement abolie. L'intelligence et la mémoire paraissent dans leur intégrité. Quand on lui demande si elle souffre de la tête, elle répond par un signe affirmatif, et désigne avec la main droite la région frontale. Insensibilité complète au pincement le plus violent des membres gauches et de la moitié correspondante de la face et du tronc; abolition de tout mouvement volontaire dans ces membres, avec roideur, surtout dans le coude, le poignet; les doigts un peu fléchis. La sensibilité et le mouvement sont intacts du côté droit.

Appétit nul, soif médiocre, déglutition des boissons un peu lente. Pas de selles depuis l'entrée; urines involontaires; cœur normal; respiration naturelle, à 16; chaleur normale sans différence



sensible des deux côtés du corps; pouls régulier, sans largeur, à 52. (Limon., saignée 700 grammes, sinapismes, lavements, diète.) Saignée bien supportée, caillot sans couenne.

5. Même état absolument. (Lavements purgatifs, sinapismes.) Dans la soirée, la malade a prononcé quelques paroles.

6. Aucune déviation de la face, à peine de la langue; — parole naturelle, sauf un peu d'hésitation. Pupilles égales; léger strabisme, divergeant par intervalles seulement. Intelligence et mémoire en bon état. La malade n'accuse pour toute souffrance qu'un peu de céphalalgie frontale et un peu de courbature générale. A part un léger reste de faiblesse, le mouvement est rétabli du côté gauche, et aussi la sensibilité. Appétit. Pouls, de 66 à 70, régulier. Aucune chaleur anormale. La malade se promène dans la journée. Elle sort le lendemain à pied, n'éprouvant plus qu'un peu de faiblesse.

#### IV. Journal des connaissances médico-chirurgicales.

Numéros de Août et Septembre.

1° *Plaie de la tête par un instrument piquant, abcès du cerveau, trépan*; observation communiquée par M. Royer-Collard. 2° *Tétanos chez un cheval, guéri par la castration*, par M. Prud'homme. 3° *Du musc dans le délire furieux compliquant les maladies aiguës (érysipèle, angine, scarlatine)*, par M. Roche.

#### PLAIE DE LA TÊTE PAR UN INSTRUMENT PIQUANT; ABCÈS DU CERVEAU; OPÉRATION DU TRÉPAN, PRATIQUEE PAR DUPUYTREN.

A la fin de 1822, un homme se présenta à la clinique de Dupuytren pour une plaie de tête qui offrit plusieurs circonstances remarquables.

Cet homme avait reçu un coup de couteau sur la tête deux ans auparavant, était resté quelques jours à l'hôpital, et en était sorti guéri. Au bout de deux ans, au mois de novembre 1822, la cicatrice devint douloureuse, se rouvrit, et donna issue à un morceau de la pointe du couteau dont le malade avait été frappé. Il n'éprouva point de soulagement de la sortie de ce corps étranger: la douleur continua dans la plaie; il eut des vomissements fréquents, des frissons, de la fièvre, une prostration extrême, un délire non continu, des engourdissements dans le bras droit.

C'est dans cet état un peu amélioré, mais non terminé, que le malade vint, le 2 décembre 1822, à la clinique de Dupuytren. La

douleur persistait sous le point blessé ; elle revenait par redoublements, par crises, ainsi que le vomissement ; il y avait paralysie du bras gauche, du mouvement surtout.

Dupuytren pensa que le morceau de fer avait séjourné entre le crâne et les membranes du cerveau ; que des douleurs si vives et si persistantes ne pouvaient venir d'une simple plaie ; que le vomissement était symptomatique de la lésion cérébrale ; qu'il y avait du pus amassé sous le crâne, et qu'il faudrait donner issue à ce pus au moyen du trépan.

On soumit d'abord le malade à un traitement antiphlogistique énergique : saignée générale et application de saignées derrière les oreilles. On lui fit un séton à la nuque, on le tint à la diète.

Le malade se fatigua de la diète et du traitement, et voulut sortir ; mais il fut obligé de rentrer à l'Hôtel Dieu, le 29 janvier 1823.

Il était resté quinze jours ou trois semaines bien portant ; mais depuis autant de temps les douleurs étaient revenues. A sa rentrée, il articulait mal les sons, il avait de la peine à mouvoir les yeux, son intelligence était lente, et il tombait dans l'assoupissement quand on l'abandonnait à lui-même. Le 30 janvier on le souleva ; aussitôt perte de connaissance, respiration suspirieuse. Cette crise cessa, puis il en eut dans la même journée plusieurs autres plus longues et plus violentes.

Dans la matinée du 31 janvier, comme on l'interrogeait, il fut pris d'une crise très forte : yeux tournés en haut et immobiles, respiration bruyante, mouvements convulsifs cloniques du côté droit avec immobilité constante du côté gauche. Les battements du cœur et des artères étaient très lents et très faibles.

Dupuytren pensa qu'il avait affaire ou à une collection de pus, ou de sang, ou de sérosité, ou à une tumeur de la dure-mère, ou à une dégénération du cerveau. L'opération du trépan fut décidée et immédiatement pratiquée. (On ne comprend pas comment l'idée de cette opération a pu s'allier avec la dernière supposition du diagnostic.)

La peau fut divisée par une incision cruciale qui fut à peine sentie ; le périoste incisé parut plus sensible. Une couronne de trépan fut appliquée, et la portion d'os correspondante enlevée au moyen de l'élevatoire. L'examen de cette portion osseuse montra manifestement que le couteau avait traversé le crâne. On avait cru à la présence du pus entre le crâne et les méninges ; mais non, rien. Cependant la dure-mère faisait une saillie ; elle fut incisée ainsi que la partie de l'arachnoïde qui tapisse sa face interne : il ne sortit encore rien. Alors Dupuytren, toujours convaincu de la présence du pus, en-

fonça le bistouri à la profondeur d'un pouce dans la substance même du cerveau. Il sortit d'abord un peu de sérosité, puis bientôt après un flot de pus, suivi aussitôt de plusieurs autres. Le bistouri fut enfoncé plus profondément et plus largement : le pus sortit plus abondamment encore. On ordonna au malade de faire des efforts, et on introduisit une sonde de femme qui donna issue à quatre ou cinq cuillerées de pus.

Des changements soudains et fort remarquables se manifestèrent dans l'état du malade.

Pendant l'opération, il avait paru sentir la douleur, mais être dans l'impossibilité de l'exprimer. Après l'opération sa voix était ferme et sonore pour exprimer la douleur. Avant l'opération, il répondait très difficilement; après, il prit la parole de lui-même et fortement. Les mouvements du côté gauche, jusque là immobile, revinrent. Le malade leva très bien le bras gauche, et cria quand on l'eut pincé.

Une mèche fut placée dans l'ouverture pour favoriser le libre écoulement du pus.

Ce mieux devait-il durer? Le malade devait-il être sauvé? — Malheureusement non. Il mourut quelques jours après.

Dupuytren, en faisant remarquer le grand service que l'opération venait de rendre au malade et la chance de vie qu'elle venait de lui ouvrir, ne dissimula pas qu'on avait tout à craindre de l'inflammation, soit du cerveau, soit de ses membranes, et que cette inflammation, survenant dans de semblables circonstances, serait presque nécessairement mortelle, quelque intelligence, quelque promptitude, quelque énergie qu'il y eût dans les secours apportés. C'est ce qui arriva.

## V. Revue médicale.

Numéros de Août et Septembre.

OBSERVATION DE HOQUET INTERMITTENT, PAR LE DOCTEUR MONDIÈRE.  
(Août.)

## IX. Annales d'hygiène et de médecine légale.

Numéros de Juillet et Octobre 1843.

1<sup>re</sup> *Hygiène et éducation des idiots*, par M. Séguin; 1<sup>re</sup> et 2<sup>es</sup> parties. 2<sup>e</sup> *Rapport sur un homicide imputable à la jalousie*, par MM. Leuret et Ollivier (d'Angers). 3<sup>e</sup> *Mémoire sur les maladies simulées*, par M. Ollivier (d'Angers). Ce mémoire contient une

observation intéressante et détaillée d'épilepsie et paraplégie simulée. 4<sup>e</sup> *Rapport sur un cas de tentative d'homicide commise par un halluciné*, par MM. Ollivier (d'Angers) et Leuret.

HYGIÈNE ET ÉDUCATION DES IDIOTS, PAR ÉDOUARD SÉGUIN, ex-instituteur des idiots à l'hospice des Incurables, actuellement chargé des mêmes fonctions à Bicêtre.

«..... On a remplacé l'ouïe par le regard, le regard par le tact, la parole par la mimique, et les aveugles-nés et les sourds muets sont devenus des hommes. Il ne m'a pas fallu regarder longtemps autour de moi pour trouver une classe d'infortunés plus à plaindre que ces derniers, classe déclassée, catégorie à part, et pourtant confondue naguère avec les forçats, aujourd'hui encore avec les aliénés et les épileptiques : je veux parler des idiots.

» Quel livre on ferait (et ce serait un beau livre) sur ce sujet, qui n'a encore inspiré que le dégoût et des vœux stériles ! Mais, dira-t-on, l'idiotie est un mal incurable ; Esquirol l'a dit, et ceux qui semblent en douter n'ont jamais apporté une preuve à l'appui de leurs doutes. Je partage cette opinion, et je sais que les médecins qui se respectent ne se vantent pas de le guérir : aussi, qui parle encore thérapeutique à propos d'idiotie ? Or, règle générale, quand un problème est insoluble d'une façon, il y a beaucoup à parier qu'on parviendra à le résoudre en sens inverse ; et, par exemple, si on se fût obstiné à *guérir* les sourds-muets et les aveugles-nés, nous n'aurions pas aujourd'hui les deux écoles qui font le plus d'honneur à la moralité de notre pays. En attendant que la médecine rende la vue et l'ouïe, l'enseignement supplée à ces deux sens. En attendant que la médecine guérisse les idiots, j'ai entrepris de les faire participer au bienfait de l'éducation. »

Telle est la tâche que s'est imposée M. Séguin, tâche pleine de difficultés, de dégoûts et d'obstacles rebutants, et que peuvent seuls payer, après le succès, l'estime et le respect qui attendent un homme assez courageux pour la suivre jusqu'au bout avec persévérance.

Avant d'aborder les difficultés, au premier abord insurmontables, de l'application, il fallait résoudre celle de la méthode. « Pour entreprendre l'éducation d'un enfant idiot ou simplement arriéré, dit M. Séguin, il faut posséder une méthode qui tienne compte des anomalies physiologiques et psychologiques, une méthode qui, pour chaque enfant, parte *du connu et du possible*, si bas qu'il soit dans l'échelle des fonctions pour l'amener graduellement et sans lacune au connu et au possible de tout le monde. Il faut une méthode qui ne laisse rien au hasard et à la routine : il faut une mé-

*thode positive.* Cette méthode, résultat de mon expérience personnelle, j'en ai préparé et combiné tous les éléments pièce à pièce, j'en ai formulé les généralités et les principes... »

«.... Itard, dit plus loin M. Séguin, à propos des tentatives qu'a faites, avec un succès incomplet, cet homme remarquable, relativement à l'éducation du *sauvage de l'Aveyron*, Itard comprit très bien, avec Rousseau et l'abbé de Condillac, l'utilité de l'éducation des sens ; mais les sens étaient pour lui le dernier mot de l'esprit ; il ne comprit jamais pourquoi et comment les idées sont autre chose que les sens, et que le moral est supérieur à notre intelligence. En confondant ainsi les divers ordres de phénomènes, il s'ôtait la possibilité de conduire l'enfant, comme par la main, de l'éducation du système musculaire à celle du système nerveux et aux sens, de celle des sens aux notions, des notions aux idées, des idées à la moralité. Il perdait la voie dès les premiers pas, et se dérobaient enfin cette vue d'ensemble qui sert de cadre à une méthode.

« Moi qui, aussi jeune et bien moins savant qu'il ne l'était alors, l'ai formulée, cette méthode, je n'ai en peut-être, comme dit Figaro, que le mérite de naître... à une époque où le terrain philosophique se débarrassait de toutes les utopies du dix-huitième siècle.... »

« *L'idiotie est une infirmité.* — Ce que l'anatomie et la physiologie nous ont appris sur ses symptômes n'a pu, jusqu'à ce jour, en éclairer le traitement. — Les observations recueillies çà et là se recommandent, il est vrai, par la gravité ou la singularité des phénomènes décrits ; mais elles ne sont suivies d'aucune tentative de traitement : ce sont des observations dans le sens spéculatif du mot, et non dans le sens médical.

« Il en résulte que, non seulement les praticiens sont restés impuissants en face du mal, mais encore que ce mal n'est pas défini, on a reçu des définitions inacceptées, ce qui revient au même. Donc, traitement physique, moral ou intellectuel, classification, définition, tout est à faire pour l'idiotie, qui présente à cette heure une grande lacune dans la science. Cette lacune, je n'ai pas la prétention de la combler, ni tout d'un coup, ni tout seul ; j'apporte simplement des matériaux à cet effet. Le plus important de ces matériaux est une méthode qui a une valeur pratique actuelle. L'autre, c'est mon cadre monographique de l'idiotie, à l'aide duquel on pourra recueillir une masse de portraits suffisante pour classer les espèces et genres d'idiotie, constater les progrès accomplis sous l'influence des méthodes proposées, et formuler enfin une définition acceptable. »

Nous allons transcrire textuellement ce *cadre monographique*

*de l'idiotie.* Dans l'impossibilité où nous serons de suivre M. Séguin dans les détails pratiques de ce long et intéressant Mémoire, nous croyons devoir produire ces premières parties, propres à donner au moins une idée de la méthode philosophique qui a présidé à ce travail.

*Cadre monographique de l'idiotie.*

Age.	Degré d'idiotie.
Sexe.	Causes connues ou présumées.

*Etat pathologique.*

Epilepsie.	Anorexie.
Paralyse partielle ou totale.	Boulimie.
Chorée.	Salivation involontaire.
Scrofules.	Cécité, myopie, strabisme.
Goître.	Surdité.
Pica, malaccia.	

*Etat physiologique.*

De la contraction musculaire en général.	ments, mastication, déglutition avec ou sans salivation, et crachotement, digestion, sécrétions, excrétions volontaires ou involontaires.—Malpropreté de jour et de nuit.
Différence de cette contraction entre les deux côtés du corps.	Regard.
Appréhension, jet, réception des corps.	Audition.
Différence entre les mouvements excentriques et concentriques des bras.	Goût.
Station, marche, saut, course, ascension, descente.	Odorat.
De la flexion articulaire en général.	Eréthisme, dispositions natives ou acquises.
Des mouvements mécaniques, automatiques ou nerveux.	Voix.
Ces mouvements sont-ils isolés, répétés ou constants ?	Parole.
Influence du chaud, du froid, de la lumière, de l'électricité, etc., sur ces mouvements.	Articulation monosyllabique simple, monosyllabique répétée, bisyllabique avec ou sans répétitions. — Vices d'articulation. — Parole exclusivement affectée à l'expression des besoins, des goûts et des appétits du sujet.
Etat nerveux en général.	Pouls, respiration.
Tremblement partiel ou total.	
Pleurs, cris nerveux.	
Tact, préhension des all-	

*Etat psychologique.*

Attention.	mes, de l'agencement, des dimensions et du plan.
Comparaison.	
Jugement.	Connaissance des lettres, de la lecture, de l'écriture, du dessin.
Ces trois opérations de l'intellect sont-elles exclusivement au service des goûts, des besoins et des appétits, ou bien embrassent-elles (et jusqu'à quel point) les phénomènes concrets, abstraits ou mixtes, c'est-à-dire abstraits et concrets?	De l'ordre et de la faculté de compter.
Notions des couleurs, des for-	Mémoire des lieux, — des choses, — des personnes, — des nombres, — de la musique, — des idées, — des besoins, — des devoirs.

*Etat instinctif et moral.*

L'enfant cherche-t-il partout et toujours à manger?	→ courageux ou peureux?
Aime-t-il à détruire ou conserver et faire des collections?	→ circonspect ou étourdi?
Est-il obéissant et respectueux, ou indocile?	→ déliant ou crédule?
Est-il affectueux ou antipathique?	→ imitateur?
— câlin ou caressant?	A-t-il le sentiment du bien et du mal?
— gai ou taciturne?	A-t-il la volonté active, ou de faire quelque chose?
— orgueilleux ou vaniteux?	A-t-il la volonté négative, ou de ne rien faire?

*Portrait.*

Taille relativement à l'âge.	cliques et abdominaux, roides, fléchis, etc.
Tempérament.	
Configuration générale du crâne.	Habitudes des doigts, fléchis, contractés, agités et humides,
Configuration de la face.	toujours, ou dans quelles circonstances?
Inégalité des deux côtés du crâne et de la face.	Configuration des organes de la parole et de la génération.
Inégalité du tronc et des membres.	— Quel rapport entre les anomalies que présentent ces organes?
Habitudes générales du corps, assis, couché, etc.	
Habitudes des membres thoraciques	

*Nota.* Indiquer avec soin l'idiotisme et chacun de ses symptômes, s'ils sont croissants, décroissants, stationnaires, et depuis quand.

« Trois ordres de phénomènes, dit encore M. Séguin avant d'entrer dans l'exposition de sa méthode elle-même, dominent tous les autres dans l'individu :

» L'activité, l'intelligence, la volonté.

» L'ordre que je leur assigne ici représente exactement l'inverse de leur importance; mais il indique la progression dans laquelle on doit les développer par l'éducation.

» L'activité nous occupera d'abord : à l'activité se rattachent les notions générales du *moi* et du *non-moi*; l'immobilité et le mouvement; les mouvements réguliers, l'incitation personnelle; les rapports des personnes avec les choses, les rapports des choses avec les personnes; l'incitation relative aux choses; le développement des appareils sensoriaux; le tact et les notions des propriétés générales des corps perceptibles par ce sens; le goût et l'odorat; l'ouïe et les notions relatives aux corps sonores; la parole, le regard, et les notions des propriétés physiques des corps perceptibles par la vue.

» L'intelligence proprement dite, qui comprend les notions, les idées relatives aux choses ou idées concrètes; les idées relatives aux phénomènes mixtes, c'est-à-dire à la fois abstraits et concrets, comme les représentations, images, etc.; le dessin, l'écriture, les lettres, la lecture, le calcul, la mémoire et les idées abstraites.

» La volonté, qui appelle comme contre-poids, au point de vue purement humain : l'obéissance et l'autorité, la liberté, l'affectivité, l'antagonisme, la propriété, les mœurs et habitudes. »

Telle est donc la marche qu'a suivie M. Séguin; et nous le voyons étudier dans autant de chapitres, riches de faits et de philosophie, l'éducation du système musculaire, l'imitation, la gymnastique ou l'éducation du système nerveux et des appareils sensoriaux (chapitre où il donne un grand développement surtout à l'éducation de la vue, ce sens si important, qui fournit les notions de la configuration, de l'agencement, du plan...); le dessin, l'écriture, la lecture, le nom, les notions et les idées, la nomination, les qualités, l'action, les rapports, la mémoire, l'arithmétique, la moralité, l'obéissance et l'autorité, la liberté et la volonté, les sentiments affectueux.

Ceux qui voudront connaître tout ce qu'il y a de patient et d'ingénieux dans les études et les applications pratiques de M. Séguin, nous les renvoyons à ce beau travail, dont nous ne pouvons don-



ner ici une idée plus complète. Nous croyons cependant qu'on lira avec plaisir le passage suivant, qui forme la conclusion du Mémoire de M. Séguin :

« L'idiot, en général, porte dans toutes ses habitudes les caractères de son infirmité : croissante, décroissante ou stationnaire, elle se complique trop souvent des symptômes les plus désolants de l'épilepsie ; elle traîne avec elle la malpropreté de jour et de nuit, l'incapacité de pourvoir aux premiers besoins, l'absence d'équilibre, de station, de régularité dans les mouvements les plus nécessaires ; ces derniers sont remplacés par des mouvements mécaniques, automatiques et nerveux, de la face, du tronc et des membres. La force musculaire, augmentée ou affaiblie d'un seul côté du corps ou des deux côtés à la fois ; une surexcitation ou une atonie dans la sensibilité générale, sont autant de désordres fonctionnels qui paraissent, en outre, s'aggraver ou s'atténuer sous l'influence de la chaleur, du froid, de la lumière, de l'électricité, et de toutes les variations appréciables de l'atmosphère. Les organes de la génération sont aussi le siège d'une excitation désordonnée, de pertes involontaires, d'incontinence d'urine, etc. Les sens engourdis n'accomplissent leurs fonctions que sous l'empire de la nécessité ; le tact est obtus, le goût dépravé, l'odorat nul, l'ouïe paresseuse ; le regard involontaire, diffus, accidentel. La conformation du crâne, ainsi que celle des organes de la parole et de la voix, est presque toujours anormale ; mastication et digestion incomplètes, salivation continuelle, habitude de mordre soi-même ou les autres ; sommeil interrompu par des chants, des cris ; des bourdonnements précédés, suivis de balancements de tête ; parole quelquefois naturelle, le plus souvent viciée. Tantôt cette altération tient à la voix, qui s'échappe par sons aigus, rauques ou saccadés, tantôt à l'articulation difficile, pénible même. Dans l'un ou l'autre cas, ces altérations de la voix ou de l'articulation sont souvent réunies ; la parole peut n'offrir que des formes rudimentaires ou complètement intelligibles, ou bien elle est seulement impuissante à prononcer certaines syllabes labiales, linguales ou autres. Tels sont les caractères physiques de l'idiotie.

« Sous le rapport intellectuel, l'attention ne se fixe, chez les idiots, que pour satisfaire les appétits. Les notions et les idées sont également inappréciables : l'ordre, qui est en eux un goût de paresse, est souvent développé ; la mémoire des lieux, des personnes et des nombres, est saillante par la même raison, et la mémoire de la musique est remarquable pour les causes que j'ai dites.

» Au moral, l'idiot éprouve aussi vivement le besoin de sa con-

servation que sa faible intelligence le lui permet. Il détruit volontiers, vole et recèle, aime l'argent ; mais il est câlin ou caressant, taciturne ou gai, sauvage ou joueur, timide ou entreprenant, inoffensif ou dangereux selon son tempérament, comme tous les autres enfants ; tandis que ce qui le distingue de ces derniers, c'est qu'il ne veut rien faire, c'est qu'il a la volonté négative et non la volonté positive.

» Et c'est là l'infirmité qu'il s'agit d'atténuer ou de faire disparaître. Par la gymnastique proprement dite, et dirigée convenablement, on fortifie le système musculaire ; par une excitation mécanique, on exerce les muscles volontaires des membres, du tronc et de la face ; par les *dum-bells* et le balancier, on régularise les forces des deux moitiés du corps, d'où naît l'équilibre dans la station, la marche, etc. ; par la gymnastique des sens, on met le sujet en communication précise et rapide avec lui-même et avec les phénomènes extérieurs ; on fait plus : on le prédispose à la vie intellectuelle par l'étude des notions, et les notions conduisent aux idées concrètes ; par la parole, l'écriture et la lecture, on fait entrer le sujet dans le champ des abstractions, où les nombres et la moralité lui donnent le sentiment des rapports qu'il devra établir avec ses semblables.

» Beaucoup d'enfants abandonnés comme idiots peuvent être conduits jusque là ; mais nul doute aussi qu'un certain nombre d'entre eux ne puisse jamais franchir la distance qui sépare les notions des idées, ou les idées concrètes des idées abstraites. Pourquoi n'avouerais-je pas volontiers qu'il en est même un petit nombre sur lesquels l'éducation ne peut guère modifier que les habitudes les plus repoussantes, puisque ce sont ceux dont l'idiotisme est compliqué d'épilepsie, de paralysie, de rachitisme, de scrofules, et de toutes les maladies chroniques sur lesquelles la médecine elle-même a peu d'action ?...

» Le temps est venu, comme je l'ai déjà dit, de faire pour les idiots quelque chose d'analogue à ce qui se pratique dans les nombreuses écoles de sourds-muets. Je dis analogue, car ce serait pour moi un profond chagrin de voir parquer ces enfants entre les hautes et noires murailles d'un établissement où on leur enseignerait tout, excepté ce qu'il faut savoir dans la vie réelle ; où leur esprit, nourri d'abstractions indigestes pour eux et inutiles pour le plus grand nombre, ne serait apte à saisir aucun rapport pratique. Réservons pour les fils de famille cette éducation privilégiée, dit-on, riche de superfluités, pauvre de réalités, utile pour vivre dans un salon, et souvent nuisible à ceux que le hasard de la

naissance a placés dans des conditions humbles ou moyennes : l'immense majorité des jeunes idiots a besoin d'une éducation sérieuse, qui repose sur les faits sociaux et non sur des hypothèses littéraires. Depuis sept ans que je m'occupe d'eux, il m'eût été facile d'en produire plusieurs récitant des fables, en singeant toutes les mimeries classiques, de manière à exciter l'enthousiasme des chercheurs de curiosités..... Les enfants que je dirigerai sérieusement apprendront à se servir d'une scie ou d'une pioche, d'un rabot, et non de leur langue pour dire de belles choses auxquelles ils ne comprendraient pas un mot... »

D. F.

(*Au numéro prochain la revue des journaux étrangers.*)

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### Académie des Sciences de Paris.

Séance du 2 octobre.

DE LA PRÉDOMINANCE DES CAUSES MORALES DANS LA GÉNÉRATION DE LA FOLIE, PAR M. PARCHAPPE. (Voir plus haut le mémoire de M. Parchappe.)

Séance du 16 octobre.

#### ALIÉNATION MENTALE.

M. Moreau de Jonnés lit une longue réfutation du dernier mémoire envoyé à l'Académie par M. Parchappe. Il s'attache spécialement à combattre la classification proposée par ce médecin, et se croit autorisé à maintenir celle qu'il a adoptée ainsi que la conclusion de sa dernière communication. (Voyez le tome II des *Annales médico-psychologiques*, pages 300 303.)

### Académie royale de Médecine.

Séance du 12 Septembre.

#### MORT DE M. JACOBSON.

M. Virey fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire

dans la personne de M. Jacobson, correspondant étranger de l'Académie, mort à Copenhague, le 29 août dernier.

Séance du 17 octobre.

#### OBSERVATION DE RAGE.

M. *Ségalas* fait en son nom et celui de M. Rouley jeune un rapport sur une observation de rage communiquée à l'Académie par M. Perron de Marines (Seine-et-Oise):

Il s'agit d'un jeune homme qui avait introduit la main dans la gueule d'un chien pour lui faire prendre du miel, ignorant que ce chien fût enragé, et n'ayant par conséquent aucun sujet de crainte, et sans qu'il en eût été sciemment mordu. Un mois après, ce jeune homme, qui ne s'était aperçu d'aucune morsure, éprouva de violentes douleurs à la main, puis tous les accidents de la rage, à laquelle il ne tarda pas à succomber. M. Perron et les médecins qui l'assistèrent dans cette circonstance reconnurent alors que ce jeune homme portait à la main des écorchures récentes et des cicatrices d'écorchures d'une date plus ancienne. Ils apprirent en outre, en allant aux renseignements, que le chien auquel ce jeune homme avait donné ses soins était mort enragé peu de jours après l'événement en question. D'où il résulterait que ce jeune homme aurait contracté la rage sans avoir été mordu et en dehors de toute influence morale.

MM. *Baffos*, *Blandin* et *Ollivier* (d'Angers) font remarquer qu'on ne sait trop, d'après les termes du rapport, s'il y a eu ou non des écorchures aux doigts, ni quelle est leur importance.

M. *Ségalas* répond que ce ne fut qu'un mois après l'événement en question qu'on reconnut aux doigts du jeune homme des exco-riations récentes et d'autres plus anciennes et en parties cicatrisées, qui pouvaient remonter à l'époque où a dû avoir lieu l'inoculation.

M. *Castel*: La communication du virus de la rage a lieu tout aussi facilement par une écorchure déjà existante que par une plaie qui résulterait immédiatement d'une morsure. Quant à ce fait que l'imagination n'a pas été frappée, tous les praticiens savent bien maintenant qu'il n'est pas nécessaire que l'imagination soit frappée pour que la rage se développe. Pour ce qui est de ce spasme, de cette constriction de la gorge, qui paraît toujours intriguer vivement les médecins, il est facile de se rendre compte de ce phénomène. Ne sait-on pas, en effet, que c'est la région du corps qui est le plus richement pourvue de nerfs?

## RIGOCÉPHALE.

M. *Ségalas* présente au nom de M. Blatin un appareil que ce médecin désigne sous le nom de *rigocéphale*. Cet appareil, destiné à la réfrigération de la tête, dans toutes les affections aiguës et chroniques de cet organe, consiste en un bonnet à doubles parois flexibles qui enveloppe la tête de toutes parts et se moule sur elle. Au moyen d'un siphon et d'un tuyau de décharge, on peut faire circuler par jour, entre les deux membranes, quatre cents litres d'eau sans cesse renouvelée.

La vessie qui sert à former l'appareil est rendue imperméable et imputrescible par un tannage particulier.

La tête du malade repose mollement dans la cavité du rigocéphale, sans avoir aucun poids à supporter. Des auneaux permettent d'assujettir le bonnet réfrigérant pour un patient qui serait indocile ou dans le délire, ou encore de le suspendre au-dessus de la tête d'un malade qui voudrait rester assis.

Cet appareil a été exécuté par M. Charrière sur des modèles différents, pour s'accommoder aux diverses variétés de forme et de volume que la tête peut présenter.

---

---

**BIBLIOGRAPHIE.**

---

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES  
SUR  
LES PROPRIÉTÉS ET LES FONCTIONS DU SYSTÈME  
NERVEUX,  
DANS LES ANIMAUX VERTÉBRÉS,  
**PAR M. FLOURENS,**  
*Membre de l'Académie française, secrétaire perpétuel à l'Académie des Sciences, etc.*  
Seconde édition, corrigée, augmentée et entièrement refondue.  
Paris, J.-B. Baillière, 1842.

---

Les expériences et les inductions physiologiques exposées dans ce livre ont marqué les premiers pas de M. Flourens dans la carrière d'infatigables recherches qu'il a noblement parcourue, et dont, heureusement pour la science, il est bien loiu d'avoir atteint le terme. Quelle hardiesse dans ces expériences, et dans ces inductions, quelle imposante simplicité ! Il semble que le système nerveux, le système nerveux encéphalique surtout, pour satisfaire aux exigences de cette pensée si nette et si exacte qui distingue le savant académicien, ait dépouillé à la fois l'inextricable complexité de ses opérations et l'inextricable connexion de ses parties. Jamais, en effet, le système nerveux encéphalique ne s'était montré aussi docile au génie de l'expérimentation. Mais aussi, il faut bien le reconnaître, jamais le génie de l'expérimentation, en physiologie, n'avait manifesté tant d'ambitieuse assurance ; jamais, disons le mot, il n'avait déployé tant d'audace. Cela prouve que, dans nos luttes pacifiques contre les secrets de la nature, la victoire se range aussi quelquefois du côté de ceux qui savent oser. On peut, sans doute, ne pas accorder au vainqueur un assentiment complet, on peut même lui opposer une prudente réserve ; mais on ne saurait lui refuser une profonde admiration pour cette énergie de conception qui, abordant franchement les problèmes réputés insolubles, n'hésite pas à

présenter comme positives les conquêtes de la vivisection sur les mystères de la vie encéphalique.

Le livre de M. Flourens est suffisamment connu. Nous venons en parler trop tard pour que nous prétendions aujourd'hui le faire connaître à nos lecteurs. Aucun d'eux n'en ignore le contenu. Rappelons seulement que la première édition date de 1824, et qu'elle se composait des mémoires lus par l'auteur à l'Académie royale des sciences en 1822 et 1823. Rappelons encore que, dans celle-ci, les faits établis en 1824, après avoir été de nouveau vérifiés, sont confirmés, que plus de précision est donnée aux détails, que beaucoup de faits nouveaux ont été ajoutés, et que par là, ainsi que le dit l'auteur lui-même, il a été donné plus d'unité à l'ensemble.

Est-il nécessaire d'énumérer tous ces faits nombreux qui embrassent la physiologie entière du système nerveux ? Nous ne le croyons point. Ils se trouvent reproduits et longuement exposés dans tous les auteurs qui ont écrit depuis vingt ans sur ce système ; l'espace d'ailleurs nous manquerait. Nous préférons nous arrêter à quelques considérations générales sur la méthode à l'aide de laquelle ont été entreprises et fécondées les belles recherches de M. Flourens sur les fonctions des diverses parties de l'encéphale.

Pour bien comprendre le mérite de cette méthode, il faut connaître les procédés ordinaires des physiologistes qui demandent à la vivisection de leur révéler le rôle des diverses parties de l'organisme. Ces procédés peuvent être résumés ainsi. Le point de départ est toujours, d'une part, l'observation d'un ordre de phénomènes, et de l'autre, la considération d'un ensemble de parties. Il faut ensuite, après avoir réduit ceux-là à leurs éléments les plus simples, et celles-ci à leurs limites les plus exactes, aborder résolument la solution du problème, comme s'il était posé en ces termes : un phénomène et une partie étant donnés, déterminer par l'expérience la relation qui existe entre eux. On ne doit s'arrêter que lorsqu'on a pu découvrir, entre la partie et le phénomène, une relation que nous pourrions appeler de cause à effet, et qu'il est plus exact néanmoins d'appeler une relation d'organe à fonction.

Certes voilà bien la méthode, prétendue rigoureuse et infaillible, que suivent et proclament les expérimentateurs en physiologie. Mais cette rigueur, dans certains cas, n'est qu'apparente ; il ne faut pas s'y méprendre. La précision et la certitude sont à la surface ; si vous sondez un peu, vous apercevez la confusion et le doute. Or, les bons esprits ne s'arrêtent jamais à la superficie des choses : de là la défiance qu'ils ont souvent montrée à l'égard d'un grand nombre d'inductions, dont le moindre inconvénient consiste à ne point s'ac-

order entre elles, variant, ainsi que cela arrive, non seulement avec les divers expérimentateurs, mais encore avec les diverses expériences du même physiologiste. C'est surtout quand on s'applique à l'étude des fonctions des diverses parties du système nerveux que cette méthode tant vantée est sujette à toute sorte de déceptions.

Une pareille méthode est-elle réellement applicable à la recherche des fonctions propres à chacune des parties du système nerveux ? Là est la question. Ne doit-on pas craindre que l'exacte distinction des phénomènes soit impossible dans un domaine où chaque acte, simple en apparence, implique à la fois des faits d'intelligence, de volonté, de sympathie, de réaction, de mouvement, de nutrition, etc. ? Ne peut-on pas craindre que l'exacte limitation des parties soit impossible dans un domaine où les organes semblent se confondre, se mêler et se refuser à toute tentative d'isolement ? Si ces craintes sont fondées, surtout relativement à l'encéphale, que devient le problème dont les termes affectent une si rigoureuse précision, et comment osera-t-on dire avec certitude : voilà l'organe, voilà la fonction ?

Ces craintes, nous les avons partagées ; nous n'avons jamais pu nous en défendre ; c'est sans doute pour avoir été pénétré de cet esprit de rigoureuse précision que les physiologistes expérimentateurs font régner dans leur langage que ces craintes nous ont arrêté et qu'elles nous assiégent encore.

Et pourquoi ne les avouerions-nous pas, puisque M. Flourens lui-même reconnaissait les avoir éprouvées, lorsque, déplorant les résultats confus obtenus par ses devanciers, il a senti la nécessité de créer, de propager et d'appliquer une méthode expérimentale qui fût exempte des déceptions ordinaires, et conduisit d'une manière certaine à la découverte de la vérité ?

Nous avons dit que la méthode ordinaire avait souvent l'inconvénient de traiter comme étant distinctes, des parties dont l'isolement était fort contestable, et de signaler comme étant élémentaires, des phénomènes dont la simplicité était fort douteuse. La méthode créée par M. Flourens est-elle de nature à dissiper tout danger à cet égard ? En quoi diffère-t-elle de la précédente ? C'est à ces questions qu'il faut maintenant répondre. Écoutons d'abord ses propres paroles.

« Tout, dans les recherches expérimentales, dépend de la méthode, car c'est la méthode qui donne les résultats. Une méthode neuve conduit à des résultats nouveaux, une méthode rigoureuse à des résultats précis ; une méthode vague ne conduit jamais qu'à des résultats confus.

» En se bornant, comme on le faisait avant moi, à ouvrir le crâne



par un trépan et à porter un trois-quarts ou un scalpel dans le cerveau par cette ouverture, on ne savait jamais ni quelles parties on blessait, ni conséquemment à quelles parties il fallait rapporter les phénomènes qu'on observait.

» Les compressions, employées par tant d'observateurs, ne s'opposaient pas moins à ce qu'on obtint des *résultats simples*, c'est-à-dire des *fonctions propres*; car il est presque impossible de comprimer une partie du cerveau sans toucher à quelque autre, et souvent même à plusieurs autres.

» Ce qui manquait, c'était donc une *méthode expérimentale* qui isolât convenablement les parties, et isolât rigoureusement les propriétés.

» C'est aussi par la recherche d'une pareille méthode que j'ai commencé.

» Deux points principaux constituent celle que je me suis donnée. Le premier, de mettre d'abord à nu l'encéphale par l'ablation de ses enveloppes; le second, de n'intéresser que l'une après l'autre, et toujours l'une à l'exclusion de l'autre, chaque partie ainsi mise à nu et sous les yeux de l'expérimentateur.

» Ce qui fait le caractère de ma nouvelle méthode expérimentale est donc l'isolement des parties.

» Le but de l'expérimentateur étant, en effet, de parvenir à la détermination précise de la fonction propre de chaque partie, il est évident qu'il ne pourra établir cette fonction propre, dégagée de toute autre, qu'autant qu'il aura d'abord isolé ou dégagé de toute autre la partie même de laquelle cette fonction dépend.

» Or, je le répète, c'est là ce qui ne pouvait être fait par aucune des méthodes d'expérimentation employées jusqu'à moi.

» On se contentait de répéter, depuis des siècles, des expériences incomplètes; on multipliait, on reproduisait, sans fin, des résultats connus; et personne ne voyait que, pour arriver à des résultats précis et distincts, c'était la méthode expérimentale même qu'il fallait d'abord changer et refaire.

» Et cette méthode qui met à nu toutes les parties d'un appareil pour permettre à l'expérimentateur d'atteindre séparément chacune de ces parties, je ne l'ai pas seulement appliquée à l'encéphale, je l'ai appliquée à l'oreille, et principalement aux *canaux semi-circulaires*.

» Ces canaux sont enveloppés par un os; il m'a fallu les dégager d'abord de cet os, comme dans mes expériences sur le cerveau, il m'avait fallu dégager ce cerveau du crâne; et ces canaux et ce cerveau une fois mis à nu, j'ai pu atteindre séparément et à volonté,

et à coup sûr, chacune de leurs parties et démêler ainsi le rôle propre à chacune d'elles. »

Ainsi, la nouvelle méthode de M. Flourens consiste à isoler les parties pour isoler les fonctions; ce qui veut dire que par la méthode ordinaire, les physiologistes, opérant en gros, et un peu au hasard, agissaient sur plusieurs organes, en prétendant n'agir que sur un seul; ce qui veut dire encore qu'ils commettaient la méprise de regarder comme fonctions propres d'une partie, des phénomènes distincts appartenant réellement à une des parties voisines, ou des phénomènes confus n'appartenant réellement à aucune d'elles séparément. Concevait-on que des physiologistes aient pu, jusqu'à la réforme introduite par M. Flourens, expérimenter sur les diverses parties de l'encéphale d'une manière aussi inexacte, et se méprendre d'une manière aussi étrange sur leurs fonctions propres! Il ne faut point pour cela mettre en doute le bon sens ni l'habileté des expérimentateurs qui, depuis Spallanzani, et de Haller jusqu'à Bichat, Légallois et Charles Bell, avaient possédé à un si haut degré ces précieuses qualités et avaient par conséquent donné l'exemple d'une méthode rigoureuse et exacte. Mais la structure et les fonctions de l'encéphale échappaient à l'empire de cette méthode; les organes ne s'y trouvaient point exactement circonscrits comme dans les autres parties de l'organisme, et les fonctions qui en dépendent ne se distinguaient point par des opérations ou par des produits accessibles à l'observation. L'anatomie, telle qu'on l'enseignait, était loin de désigner les organes encéphaliques à l'attention des physiologistes; se bornant à décrire des formes, des contours et des couleurs, elle laissait chacun libre de voir, dans la masse entière, un organe unique ou tel nombre de parties que son imagination pouvait désirer. L'anatomie semait la confusion, la physiologie ne pouvait recueillir la précision. De leur concours seulement devait sortir quelque lumière; mais avant que ce concours fût possible et que l'anatomie de l'encéphale cessât de ressembler à la description d'une masse inerte, de longs tâtonnements étaient inévitables. C'est sous l'empire de ces tâtonnements que se dirigeaient, incertains, les expérimentateurs, lorsque M. Flourens appliqua à l'encéphale la méthode sur laquelle il insiste beaucoup dans son livre.

Le problème qu'il s'est posé peut être conçu en ces termes: un organe étant distingué dans la masse encéphalique, l'isoler avec soin dans l'expérimentation, afin d'en découvrir les *fonctions propres*.

La méthode expérimentale de M. Flourens repose donc sur deux éléments: le premier, antérieur à l'opération, consiste dans la détermination d'un organe distinct de la masse ou des autres organes;

le second, relatif à l'opération elle-même, consiste dans l'isolement tellement parfait de l'organe soumis à l'expérience, que les effets en dépendent essentiellement. En d'autres termes, cette méthode repose sur une donnée anatomique et sur les procédés opératoires.

Voici pour la donnée anatomique. L'encéphale se subdivise en hémisphères cérébraux, cervelet, tubercules quadrijumeaux et moelle allongée. C'est, comme l'on voit, anéier par la simplicité de la division une grande netteté dans les tentatives d'expérimentation. Mais cette simplicité correspond-elle à la complication des fibres et des opérations de l'encéphale? Nous n'avons pas à discuter ici cette question.

Quant aux procédés de l'expérimentation, M. Flourens les décrit avec soin. Ils se réduisent à ces deux chefs principaux : 1° dénudation préalable des parties soumises à l'expérience, mais dénudation graduelle et circonscrite autant que possible ; 2° ablation graduelle de ces parties, en ayant soin de prévenir les épanchements.

Disons maintenant quels ont été, pour M. Flourens, les résultats de cette méthode. Laissons-le parler lui-même.

« J'ai commencé par me donner cette méthode, dit M. Flourens, et c'est elle qui m'a donné tous les faits contenus dans cet ouvrage, savoir : que le *cerveau proprement dit* (les deux hémisphères) est le siège exclusif de l'intelligence, et le *cervelet* le siège exclusif du principe qui coordonne les mouvements de la locomotion ; que la conservation d'un seul lobe cérébral suffit pour la conservation de l'intelligence entière ; que la perte d'un seul lobe n'entraîne que la perte de la lésion de l'œil, du côté opposé au lobe enlevé ; qu'il y a deux moyens de faire perdre la vision sans sortir de la masse cérébrale : l'un, l'ablation des tubercules bijumeaux, c'est la perte du sens de la vue ; l'autre, l'ablation des lobes cérébraux, c'est la perte de la *perception* de la vue ou de la *vision* ; qu'il y a dans les centres nerveux un point, lequel a quelques *lignes à peine* d'étendue, et auquel il faut pourtant que toutes les autres parties *tiennent pour vivre* ; qu'un ordre nouveau de forces réside dans les *canaux semi-circulaires* et dans les *fibres opposées* de l'encéphale, etc. (1). »

Le livre de M. Flourens, si riche de faits et de fécondes inductions, ne se borne pas à l'énoncé des expériences tentées sur des

---

(1) D'après M. Flourens, dans les canaux semi-circulaires et dans les fibres opposées de l'encéphale résident les *forces modératrices* des mouvements dont on sait que le cervelet est *coordonateur*, tandis qu'ils sont *voulus* par les hémisphères, et *excités* par les nerfs ou la moelle épinière. Dans la moelle allongée réside le principe régulateur des mouvements de conservation.

parties isolées du système encéphalo-rachidien et des résultats positifs auxquels ces expériences l'ont conduit ; il offre encore la plus belle coordination des phénomènes du système nerveux qui ait été appuyée sur la méthode expérimentale. Ce n'est pas seulement l'œuvre d'un savant physiologiste, c'est encore l'œuvre d'un élégant écrivain et d'un profond penseur.

L. CERISE.

## REJET

# DE L'ORGANOLOGIE PHRÉNOLOGIQUE DE GALL ET DE SES SUCCESSEURS,

**PAR F. LÉLUT,**

*Médecin en chef de la troisième section des aliénés de la Salpêtrière,  
médecin de la prison du Dépôt des condamnés.*

L'histoire de la phrénologie est celle de beaucoup de choses ici-bas. Adoptée et prônée avec enthousiasme à son origine, elle s'est rapidement répandue, et on peut dire qu'en peu de temps elle a presque fait le tour du monde. En Allemagne, en Angleterre, en France, en Italie, aux États-Unis, et jusque dans les Indes, des sociétés de phrénologie ont été instituées. Dans plusieurs pays même, la science de Gall, comme le dit M. Lélut, a presque conquis une position officielle.

Ce début pouvait faire concevoir pour l'avenir de la phrénologie les plus grandes espérances. Ces espérances, nous le disons à regret, ont été trompées. Peu à peu on a vu beaucoup de disciples se retirer à petit bruit, et, ce qui était plus fâcheux, ceux qui persistaient se sont divisés. On a modifié les doctrines du maître en rejetant certains organes qu'il avait admis et en créant des organes nouveaux auxquels il n'avait pas pensé. Parmi les partisans de la phrénologie, il en est, et ce ne sont ni les moins nombreux ni les moins considérables, qui ont été jusqu'à rejeter la classification de Gall dans tous ses détails pour s'en tenir à ce qu'on appelle les grandes divisions.

Ainsi, en même temps que le nombre de phrénologistes allait diminuant, la science nouvelle cessait d'avoir l'ensemble que son fondateur lui avait donné.

C'étaient là des symptômes fâcheux d'une décadence prochaine, lorsque Broussais vint prêter à la phrénologie l'appui de son nom

et de son talent. Le cours de 1836, s'il a peu servi à relever la gloire de l'illustre auteur des *Phlegmasies chroniques*, a sans nul doute raffermi pour un temps l'organologie de Gall.

Les causes de la faveur avec laquelle la phrénologie a été accueillie et celles qui ont si vite diminué le nombre de ses adhérents sont d'ailleurs faciles à expliquer : à part l'organologie qui a dû séduire par son apparence de nouveauté, il y a dans l'ouvrage de Gall les bases d'une psychologie qu'on peut appeler physiologique, et qui, aux yeux de quelques bons esprits, semble seule être susceptible d'applications vraiment pratiques.

C'est en adoptant les bases de cette psychologie qu'on a été peut-être moins sévère pour la crânioscopie, appuyée d'ailleurs en apparence sur un nombre considérable de faits. Nous croyons donc, avec M. Lélut, que c'est surtout à la doctrine psychologique, dont l'organologie phrénologique n'est qu'un moyen d'application, que celle-ci a dû les succès qu'elle a obtenus (1).

Quant aux causes qui ont peu à peu diminué le nombre des partisans de l'organologie, il faut surtout les chercher dans les attaques incessantes dont cette partie des travaux de Gall n'a pas cessé d'être l'objet.

Parmi les adversaires qui ont attaqué la phrénologie avec le plus de succès il faut depuis longtemps compter l'auteur du livre que nous analysons. Médecin en même temps d'un grand hospice d'aliénés et d'une prison importante, M. Lélut se trouvait dans la position la plus favorable pour l'observation. Alors que beaucoup d'auteurs se bornaient à réfuter Gall par des raisonnements philosophiques, il le suivait pas à pas, le mètre et le compas à la main.

Avant d'attaquer l'organologie phrénologique tout entière comme il le fait aujourd'hui, M. Lélut s'est attaché depuis dix ans à la saper

---

(1) Au reste, si les idées psychologiques, celles surtout de l'école écossaise, ont servi la crânioscopie, on ne peut nier que la crânioscopie n'ait de son côté beaucoup contribué à propager et à populariser la doctrine psychologique dont elle est en quelque sorte l'enveloppe. C'est sur quoi M. Cerise a insisté dans son Examen critique de la phrénologie, publié en 1836. « Sans le secours de cette amorce ( la crânioscopie ), jamais le public, dit M. Cerise, ne se fût intéressé aussi vivement à une question de physiologie et de psychologie; jamais il n'eût aimé à s'enquérir de détails scientifiques qui sont loin d'être accessibles à un grand nombre d'intelligences. » M. Lélut va plus loin; il se demande si Gall lui-même a vu dans la crânioscopie autre chose qu'un moyen de répandre des idées physiologiques, « de présenter d'une manière claire les plus importantes vérités et les conséquences qui en découlent pour l'art médical, pour la morale, pour l'éducation, pour la législation, et généralement pour la connaissance plus approfondie de l'homme. » (GALL, *Physiologie du cerveau*.)

en détail. C'est ainsi qu'il a successivement publié un examen comparatif de la longueur et de la largeur du crâne chez les voleurs homicides, un travail sur l'organe phrénologique de la destruction chez les animaux, un mémoire sur le poids du cerveau et le développement du crâne dans leurs rapports avec le développement de l'intelligence, etc.

Ces travaux et d'autres que nous omettons, et qui tous se rapportent au même but, furent suivis, en 1836, du livre ayant pour titre : *Qu'est-ce que la phrénologie ?*

Ces travaux antérieurs de l'auteur et la persévérance qu'il a mise à poursuivre le même but, expliquent l'ouvrage qu'il publie aujourd'hui et le titre qui lui a donné. C'est en quelque sorte une conclusion définitive, un dernier mot sur la science de Gall. Cette conclusion, c'est le *rejet de l'organologie phrénologique*.

L'ouvrage est divisé en six chapitres.

Après avoir, dans le premier, donné un aperçu de l'origine, du développement et de l'établissement de l'organologie phrénologique, M. Lélut arrive à démontrer cette proposition (chap. II) : « En elle-même, et du seul point de vue de la division de la surface du cerveau en organes distincts et démontrables, l'organologie phrénologique n'est pas possible. »

Le chapitre troisième contient la réfutation la plus directe de l'organologie ; il a pour but de prouver « que l'organologie phrénologique n'est pas vraie, c'est-à-dire que les faits de conformation cérébrale sur lesquels Gall prétendait l'avoir établie, sont faux ou controuvés. »

M. Lélut s'est ensuite attaché à opposer les phrénologistes les uns aux autres, et il a su habilement profiter des dissidences dont nous parlions plus haut. Rien de plus curieux que les citations que l'auteur a rassemblées dans le quatrième chapitre, et qui lui ont servi à démontrer « que l'organologie phrénologique, loin d'avoir été fortifiée par de nouvelles preuves et appuyée de meilleures raisons par les successeurs de Gall, n'a pas, en définitive, d'adversaires plus réels et plus redoutables qu'eux. »

Parmi ces citations il n'en est pas de plus importantes et de plus piquantes que celles que l'auteur emprunte à Bailly, de Blois, qui admettait, entre autres choses, que la même partie du crâne ne répondait jamais aux mêmes circonvolutions, et donnait aux phrénologistes le conseil de ne point céder aux désirs des curieux qui demandent qu'on leur donne une description du caractère ou des talents d'après l'inspection seule de la tête d'une personne « dont on vous cache avec soin les qualités et les actions. »

Le chapitre v<sup>e</sup> a pour titre : *Histoires organologiques édi-*

*fiantes, tirées des propres annales de la phrénologie.* Là se trouve discuté l'examen phrénologique des crânes de Champollion, de Bigonnet, de Vito Mangiamèle, de Napoléon, etc. La dernière de ces histoires, et sans contredit la plus curieuse, est celle de l'admission du crâne de Raphaël dans le musée phrénologique.

Un jour que Gall était entouré d'auditeurs, le docteur Schoel lui remit un crâne sans lui donner aucun détail, et le pria de l'examiner. Gall signala aussitôt l'organe des arts, qu'il n'avait jamais vu aussi développé; l'organe seul des couleurs ne l'était que médiocrement; les organes de l'amour physique et de l'imitation étaient assez grands. « M. Schoel, dit Gall, déclara alors avec toutes les marques de la joie la plus vive que c'était le plâtre de Raphaël qu'il venait de me remettre, etc. » Depuis lors ce crâne de Raphaël a figuré dans les collections et dans les cours de phrénologie. Le docteur Georges Combes, d'Édimbourg, en a donné une analyse détaillée qui se rapporte merveilleusement à tout ce qu'on sait de l'illustre peintre d'Urbin.

« Cependant ce crâne de Raphaël, continue M. Lélut, que Gall avait, pour ainsi dire, reconnu d'inspiration, ou qu'au moins il avait affirmé devoir être celui du plus grand de tous les peintres, d'un peintre dont les instincts passionnés eussent pu donner aussi la vie aux amours de la Fornarine; ce crâne que le docteur Schoel rapportait de Rome en triomphe comme étant celui de Raphaël; dont G. Combes, le Spurzheim de l'Angleterre, avait donné l'analyse si concluante que j'ai fait connaître, que la phrénologie présentait avec un égal orgueil à ses amis et à ses ennemis; ce crâne n'était pas celui de Raphaël!... c'était celui d'un chanoine romain, nommé Adjutori, mort bien longtemps après Raphaël, et *istitutore della fraternita dei virtuosi di San-Giuseppe di terra santa.* »

Nous renvoyons au livre de M. Lélut les lecteurs qui voudront apprendre comment une si étrange méprise a pu avoir lieu. Bornons-nous à dire que le moindre doute n'est pas possible quant à la méprise elle-même.

Le dernier chapitre, et sans contredit le plus important, est consacré à l'appréciation de la philosophie de Gall. L'auteur, qui vient de poursuivre l'organologie de ses railleries, et qui s'est efforcé de déverser sur elle le ridicule, change ici de ton et de langage. Nous croyons que, parmi les partisans de la crânioscopie, beaucoup devront oublier les attaques de M. Lélut en lisant ce jugement si élevé et si impartial sur la philosophie de Gall. Après avoir montré combien les philosophies de l'esprit, de la *pensée pure*, de la raison *supérieure* et *indépendante*, sont stériles en applications pratiques, combien peu elles répondent à ce que la société devait attendre

d'elles, M. Lélut montre que les travaux de Gall ont puissamment contribué à mettre en évidence et populariser les doctrines opposées. « Gall, dit-il, me paraît devoir être compté parmi les philosophes qui ont envisagé sous leur véritable jour ces grandes et perpétuelles questions pratiques du degré de liberté attribuable aux cas si nombreux et si effrayants de vice, de crime et de folie; questions que la philosophie supérieure néglige, et elle en est bien la maîtresse, mais que la société ne saurait négliger. C'est là, dans la philosophie de Gall, ce qui a dû frapper tous les esprits sérieux qu'un orgueil inconsideré ne porte pas à s'attribuer à eux-mêmes une grandeur et une liberté morale que démentiraient la plupart des actions de leur vie; c'est là ce qu'ont dû apprécier tous les hommes qui, continuellement aux prises avec les tristes résultats des passions humaines, préoccupés de la tâche si difficile de les prévenir ou de les réprimer, cherchent à remonter à leurs causes, et se demandent avec douleur comment l'homme, l'homme même d'une intelligence supérieure et éclairée, se laisse si souvent, suivant l'expression du poète, aller au mal en voyant le bien, et semble retomber fatalement dans des égarements et des fautes qui n'ont pas même toujours pour excuse l'attrait du plaisir ou l'enivrement du succès. »

Plus loin, après avoir développé les principes de la philosophie de Gall, M. Lélut continue : « C'est en vertu de ces principes que Gall put, dans ses ouvrages, condamner les peines à jamais infamantes, la flétrissure, la marque, bien avant que nos codes en fussent débarrassés, bien avant que l'admission des circonstances atténuantes dans le prononcé de la peine la plus terrible, vint déclarer, de par la loi, que dans le crime qui donne la mort il y a aussi des degrés, des espèces résultant non seulement des motifs extérieurs et intéressés qui l'ont fait commettre, mais encore des mobiles plus intimes et souvent tout psychologiques qu'il faut aussi prendre en considération. »

C'est ainsi que l'auteur apprécie les services que Gall a rendus, séparant, comme ils doivent l'être, le physiologiste philosophe et l'inventeur de la crânioscopie.

Tel est, en résumé, le livre de M. Lélut, livre plein de faits et tel que devalent le faire espérer les travaux antérieurs de l'auteur. Ces faits, habilement présentés et discutés avec une vivacité qui va parfois jusqu'à la raillerie, soutiennent incessamment l'attention, et donnent à la lecture de ce livre un intérêt que les œuvres de science n'obtiennent que rarement.

BAILLARGER.



## RÉPERTOIRE

## D'OBSERVATIONS INÉDITES.

FOURCHETTE AVALÉE PAR UN ALIÉNÉ ET RETROUVÉE CINQ ANS APRÈS DANS L'ESTOMAC. — SUICIDE DÉTERMINÉ PAR LA CRAINTE DES SUPPLICES CRUELS ET PAR LA LECTURE D'UN OUVRAGE CONTENANT L'APOLOGIE DU SUICIDE.

M. T... entra à la maison royale de Charenton, le 23 octobre 1815; il offrait tous les symptômes d'une mélancolie profonde; plusieurs années avant, il avait déjà passé quelque temps, pour la même maladie, dans la maison, et avait fait plusieurs tentatives de suicide.

À l'époque de sa dernière entrée, son délire consistait à se croire pour suivi par des gens élevés en dignité, qui, ayant juré sa perte, le faisaient épier par des espions apostés de toutes parts; il s'imaginait qu'on mêlait un poison lent à ses aliments. Tourmenté sans relâche par l'idée qu'il devait succomber aux supplices les plus cruels, il suppliait qu'on mit fin à son existence. Des viles entières, disait-il, se coalisaient contre lui; aucune expression ne pouvait rendre ce qu'il souffrait depuis trois ans. Ces idées, prenant parfois plus d'empire sur son esprit, il en résultait une exaltation qui lui faisait mettre au rang de ses persécuteurs les personnes qui lui donnaient des soins habituels et ses compagnons d'infortune: de fréquentes coliques, accompagnées de dévolement et de douleurs fixes dans

la région épigastrique, le confirmaient dans l'idée qu'il était empoisonné. L'opium, qui lui fut administré progressivement jusqu'à la dose de sept grains, n'apportait aucun soulagement. Cet état du ventre fut plusieurs fois accompagné de vomissements. Il eut à plusieurs reprises un dévolement avec déjection de matières analogues à des raclures de boyaux.

Le 9 septembre 1816, son état étant resté le même quant au fond, et n'ayant présenté que quelques variations qui portaient principalement sur l'exaltation de ses idées, il nous montra une large plaque rouge, dartreuse, occupant tout le côté droit; il nous dit qu'il y avait quinze jours à peu près que cela lui était survenu. S'imaginant que cette maladie pouvait amener un changement heureux dans son état, il n'avait pas voulu nous en faire part, dans la crainte que, par méchanceté, nous ne la fissions rentrer: cette dartre guérit en quelques jours par l'administration des bains sulfureux.

Le 29 octobre 1816, aucun changement n'étant survenu dans l'état de M. T..., l'infirmier qui le soignait le trouva étranglé dans sa chambre; il était environ six heures et demie du matin. M'étant transporté sur les lieux, je trouvai le cadavre de M. T... étendu sur le carreau; le cou était entouré d'un cordon si peu serré qu'on introduisait facilement sous lui deux

ou trois doigts; le cou présentait une impression profonde dirigée obliquement du bas de la saillie formée par le cartilage thyroïde à la nuque. J'ouvris la Jugulaire du côté gauche; il en sortit quelques gouttes d'un sang noir. La région précordiale et le ventre conservaient encore leur chaleur, les extrémités étaient froides; la face postérieure du corps et des membres, sur laquelle reposait le cadavre, était suillée. M. le médecin ajouta, en jugeant pas convenable de faire d'autres tentatives, d'après les marques d'une mort certaine, nous nous retirâmes.

La darte que M. T... avait eue, et dont nous avons parlé plus haut, était complètement guérie; elle n'avait laissé d'autres traces sur la peau qu'une teinte légèrement rembrunie. Dans les derniers jours de son existence, le malade paraissait un peu plus calme; mais ce mieux n'était qu'apparent et l'effet de la dissimulation; M. T... était toujours dans la ferme persuasion qu'on lui donnait du sublimé pour l'empoisonner: *Il sentait ce poison couvrir dans ses veines et miner sourdement les ressorts de son existence; il rendait le mercure revivifié par les urines et par les sueurs; il était toujours la victime d'une trame horrible. Nous faisons tous partie du complot dirigé contre lui.* Quelquefois il paraissait sensible aux consolations qu'on cherchait à lui donner; mais sa confiance ne tardait pas à s'évanouir; quelques instants après, nous étions des monstres d'hypocrisie, nous ne venions le voir que pour abuser, par des rapports, des plaintes que sa situation obligeante lui arrachait. Les propos les plus innocents et les plus insignifiants lui étaient suspects; il me fit, par exemple, des reproches très vifs parce que je lui avais prêté un livre qui contenait des vers à la louange de Bonaparte, les Poésies fugitives de Millevoeye. Mon but avait été, selon lui, de chercher non seulement à sonder son opinion, mais en-

core de le faire passer, dans les rapports, qu'il s'imaginait que faisait sur son compte la police, pour un homme dangereux à la société par ses opinions politiques. Toutes les personnes qui l'environnaient étaient liguées contre lui; ses compagnons d'infortune n'étaient pas exempts de ses soupçons; *ses notions*, disait-il dans une lettre qu'il écrivait à une personne dont il implorait la protection, *étaient comme des bous aimés qu'on fait servir dans tel sens que l'on veut.*

L'esprit sans cesse tourmenté par ces désolantes chimères, il était tout naturel que M. T... employât tous les moyens de réaction qui s'offraient à lui pour repousser les attaques de ses prétendus ennemis. Il ne se bornait donc pas à nous adresser des reproches, mais il usait de son éloquence naturelle pour faire partager son indignation à quelques uns de ses camarades d'infortune, qui, par la nature même de leur maladie, n'étaient que trop disposés à embrasser son parti; il enflammait ainsi leur esprit d'une manière aussi dangereuse pour eux-mêmes que pour les personnes employées à les servir. On fut donc forcé de l'isoler entièrement, et de le tenir continuellement renfermé dans une chambre où il ne recevait d'autre visite que celle de son infirmier. On avait voulu à plusieurs reprises essayer de lui procurer quelque distraction en lui permettant d'assister à la réunion du soir, mais on fut contraint de lui retirer cet adoucissement, à cause des cabales qu'il montait. Ses discours étaient d'autant plus pernicieux qu'il s'exprimait avec une grâce et une facilité rare; sa physionomie, naturellement fort ingrate, prenait, quand il parlait avec chaleur, une expression qui commandait bientôt l'intérêt le plus vif. Se croyant sans cesse sur le point d'être immolé, son imagination si ingénieuse à le tourmenter ne lui présentait que des inventions de supplices d'un genre affreux qui lui étaient préparés; il ne

voyait autour de lui que des êtres barbares qui suivaient le crime, buvaient l'iniquité, etc. Plein de semblables terreurs, il me suppliait un jour de lui procurer le moyen de se soustraire aux tourments qui lui étaient préparés, et de lui procurer quelques moyens de terminer son existence d'une manière plus douce. *Quelle situation, disait-il dans sa douleur, pouvait être comparée à la sienne? Le fils de Marie et le fils de Sophronisme avaient au moins rendu le dernier soupir au milieu de ce qu'ils avaient de plus cher; le premier à côté de sa mère, le second au milieu de ses amis; mais lui devait succomber aux tourments les plus horribles, et son dernier regard ne devait rencontrer que le visage de ses bourreaux.*

Il y a tout lieu de croire que cette appréhension continuelle d'un supplice épouvantable, jointe à une philosophie sèche qui écartait de lui toute idée de consolation et de résignation, le déterminèrent à se donner la mort. Il apporta dans l'accomplissement de cette action un calcul et un sang-froid dignes de remarque, ainsi qu'on peut en juger par ce qu'on observa après sa mort. Le cordon avec lequel il s'était pendu était un composé de plusieurs morceaux de ruban de fil et de bandes à pansement qu'il avait noués les uns aux autres; quelques nœuds étaient affermis au moyen d'un gros fil rouge semblable à celui qu'on emploie dans les bureaux. Il paraît qu'il avait acroché une extrémité de l'anse de ce cordon au gond supérieur de sa porte, après être monté sur une chaise, et que, s'étant ensuite élançé, il s'était étranglé par le poids de son corps; mais que ce poids avait fini par rompre le cordon un temps plus ou moins long après la mort; car l'infirmier, en rentrant chez lui le matin, comme il avait coutume de le faire, le trouva étendu derrière la porte. Ce qui pourrait porter à penser que la chute n'avait eu lieu qu'après la mort, c'est que, comme

il a été dit plus haut, l'anse du cordon qui entourait le cou n'était nullement serré, et que cependant il y avait une impression circulaire profonde. Jetant les yeux sur la table, j'aperçus un livre ouvert et posé sur un des coins, comme à dessin. Ce livre, dont il faisait sa principale lecture, et dont le titre est : *De la Sagesse*, par Charron, était ouvert à un passage dont les principes pernicieux étaient tellement propres à séduire son esprit, par le rapport qu'il devait y trouver avec sa propre situation, qu'il y a tout lieu de croire qu'ils ont été la cause déterminante de la manière dont il mit fin à son existence. Ce chapitre, qui présente l'apologie on ne peut plus complète du suicide, était ouvert au passage suivant :

« La quatrième est d'ame forte et résolue, pratiquée authentiquement par de grands et saints personnages, en deux cas; l'un le plus naturel et légitime, est une vie fort pénible et douloureuse, ou appréhension d'une beaucoup pire mort, bref un état misérable, auquel on ne peut remédier; c'est lors désirer la mort comme une retraite et le port unique des tourmens de cette vie, le souverain bien de nature seul appui de nostre liberté. C'est bien foiblesse de céder aux maux; mais c'est folie de les nourrir: Il est bien temps de mourir, lorsqu'il y a plus de mal que de bien à vivre. Car de conserver nostre vie à nostre tourment et incommodité, c'est contre nature. Dieu nous donne assés congé, quand il nous met en cest état. Il y en a qui disent qu'il faut mourir pour fuyr les voluptés, qui sont selon nature. Combien plus pour fuyr les douleurs qui sont contre nature? Il y a plusieurs choses en la vie pire que la mort, pour lesquelles il vaut mieux mourir et ne viure point que de viure. »

... « et les sages disent que le sage vit tant qu'il doit et non pas tant qu'il peut : et par la mort nous

« est bien plus en main et à com-  
 « mandement que la vie. La vie n'a  
 « qu'une entrée, et encore dépend  
 « elle de la volonté d'autrui, la mort  
 « dépend de la nostre : et plus elle  
 « est volontaire, et plus elle est belle,  
 « et à elle y a cent mille issues. Nous  
 « pouvons avoir faute de terre, pour  
 « y viure, mais non pour mourir :  
 « la vie peut être ôtée à tout homme  
 « par tout homme, non la mort, *ubi-*  
 « *que mors est, optime hoc cavit Deus,*  
 « *epicure vitam nemo non homini po-*  
 « *test; at nemo mortem : mille ad hanc*  
 « *aditus patent.* Le présent plus fau-  
 « rable que nature nous aye fait, et  
 « qui nous oste tout moyen de nous  
 « plaindre de nostre condition, c'est  
 « de nous auoir laissé la clef des  
 « champs. Pourquoi te plains-tu en  
 « ce monde? il ne te tient pas. Si tu  
 « vis en peine, la lascheté en est  
 « cause : à mourir, il n'y a que le  
 « vouloir. »

(Liv. II, § xvij. *Désirer la mort.*)

*Autopsie.* — L'examen du cadavre, trente heures après la mort, offrit ce qui suit :

La face était très naturelle ; elle n'était ni bleue ni tuméfiée, ainsi que l'aurait comporté ce genre de mort. La partie postérieure des membres et du tronc était couverte de sugillations.

Les veines de la tête étaient gorgées d'une grande quantité de sang noir et fluide ; l'arachnoïde paraissait épaissie ; elle était fortement injectée par place. La substance du cerveau n'offrait rien de remarquable, quant à la consistance et à la couleur ; il n'y avait aucune altération locale. La glande pinéale contenait des graviers. Les plexus choroides présentaient de petites productions hydatidiformes de la grosseur d'un grain de chènevis à peu près.

Les viscères de la poitrine étaient parfaitement sains ; les poumons ne présentaient pas même l'engorgement qu'on remarque ordinairement à leur partie postérieure et qu'on attribue

à la stase du sang ; le cœur était très ferme et ne contenait pas de sang.

Ayant ouvert le ventre pour voir l'état de l'estomac, je sentis dans cet organe un corps dur que je reconnus être une fourchette ; j'ouvris ce viscère, et j'en retirai, en effet, une fourchette d'étain, longue de six pouces environ, recouverte de mucosités. Ayant enlevé ces dernières, la fourchette était entièrement noire, couverte d'un enduit rugueux dans sa moitié supérieure. En enlevant cet enduit, ce qu'il était facile de faire avec un instrument tranchant, on trouvait le métal très brillant dans son intérieur. Dans la moitié inférieure, l'instrument était recouvert d'une couche noire, lisse, et ressemblant parfaitement à du vernis. Les dents de cette fourchette étaient rapprochées, et paraissaient l'avoir été à dessein ; elle était tellement placée dans l'estomac que les dents étaient tournées vers le cardia et le talon vers le pylore. La membrane de l'estomac offrait des traces de phlogose ; ce viscère contenait un fluide limpide grisâtre, d'une couleur approchant de celle du pus. Le reste du canal intestinal est très sain. Le foie était gorgé de sang ; il était du reste très sain. La vésicule contenait une bile aqueuse.

Plusieurs personnes de la maison se sont rappelés que M. T... avait avoué, il y avait cinq ou six ans environ, qu'il avait avalé une fourchette. Il est d'autant plus probable que cet instrument était depuis longtemps dans son estomac, que M. T... se plaignait toujours d'une douleur qu'il rapportait toujours à la région épigastrique. Sa démarche et sa manière habituelle de se tenir, quand il était debout, confirmeraient encore cette opinion. Il avait toujours le tronc droit, et semblait gêné dans ses mouvements ; il portait toujours la région épigastrique en avant ; souvent, en parlant, il lui arrivait de se redresser encore davantage, et de porter sa main, comme involontairement, sur

cette région; sa physionomie se crispait alors, comme s'il eût éprouvé quelque douleur aiguë.

Le Dr E.-J. RAMON.

MONOMANIE HYPOCHONDRIQUE. — DOULEURS ATTRIBUÉES A L'EXISTENCE D'ARAIGNÉES DANS L'ESTOMAC. — PLUSIEURS OPÉRATIONS SUCCESSIVES FAITES DANS LE BUT APPARENT D'EXTIRPER LES ARAIGNÉES. — GUÉRISON.

Lucie M..., âgée de cinquante ans, habitant une ville où elle est née, à dix lieues de Tours, entre le 11 février 1840 dans la division des aliénées de l'Hospice général. Taille moyenne, constitution assez robuste, tempérament nerveux-lymphatique, cheveux châtain, yeux bruns, légèrement dirigés parfois l'un et l'autre en dedans et en haut; visage ovale, physionomie vive, mobile et empreinte d'une certaine finesse.

Cette malade ne connaît pas d'aliénés dans sa famille: cependant je lis dans mon répertoire général des aliénés reçus depuis 1816, qu'une femme du même nom et presque du même pays a été admise comme folle, en 1817, à l'hospice de Tours, et y est morte en 1819. Louise M... est née de parents dont les facultés intellectuelles paraissent n'avoir jamais été dérangées. Son père est mort à l'âge de 69 ans, d'une tumeur blanche tibio-tarsienne, compliquée de fistules, qui avait duré trente ans; sa mère, femme de journée, est morte hydropique à l'âge de 68 ans. Les époux M... avaient eu neuf enfants: six ont succombé à des affections accidentelles. Sa sœur et son frère survivant, jouissent d'une bonne santé. Ici se retrouve l'exemple d'un de ces nombreux préjugés répandus dans le monde au sujet des taches sanguines de la peau, connues sous le nom de nævus. Sa mère, dit-elle, avait toujours beaucoup d'enfies lorsqu'elle était enceinte. Aussi tous ses enfants, elle seule ex-

ceptée, furent-ils marqués de quelque signe particulier. L'un avait dans le dos un fromage, c'est-à-dire une tache sanguine qui en rappelait la forme; l'autre avait un foie à la jambe; celui-ci, une giroflée derrière le cou; celui-là, une andouille placée transversalement sur les yeux; chez un autre on reconnaissait le sacrifice d'Abraham!!!!

Lucie M... se portait très bien dans sa jeunesse; toutefois, à l'âge de quatorze ans, lorsqu'elle commença à se former, elle eut les pâles couleurs; et, un an après, ce ne fut qu'avec assez de difficultés que les menstrues parurent aux périodes accoutumées. A cette époque elle était domestique, et fut forcée de retourner chez elle, où sa santé s'est promptement rétablie, assure-t-elle, grâce à une pratique populaire qui ne peut trouver accès qu'auprès de la crédulité la plus simple, et qui consiste à faire prendre aux jeunes filles dysménorrhéiques un breuvage vineux dans lequel on mêle quelques gouttes de sang cataménial recueilli dans des conditions physiologiques tout-à-fait régulières.

Mariée à vingt-deux ans, Lucie M... a eu deux fausses couches et huit enfants, dont cinq sont vivants et jouissent d'une santé parfaite. Les trois autres sont morts en bas âge, de maladies aiguës (rougeole, pneumonie, coqueluche). Pendant sa deuxième grossesse, Lucie M... a eu de violents maux de tête et des vertiges accompagnés de délire. Ces symptômes ont été calmés par une saignée; mais ils n'ont entièrement disparu qu'à l'époque de l'accouchement. L'enfant qui est né alors est mort à six ans, d'une fluxion de poitrine. Notre malade est sur son retour d'âge depuis vingt mois. Dans les premiers jours de décembre 1839, elle est prise de malaise général, de picotements à l'estomac, de battements dans tout le corps, avec accidents nerveux qui engagent son médecin à la faire entrer à l'hôpital. En cherchant à se rendre compte de

ce qu'elle éprouvait, en réfléchissant à la cause de son affection, tout-à-coup la malade se rappelle qu'étant à moissonner vers le milieu du mois d'août précédent, elle a bu de l'eau d'une fontaine dont la surface était parcourue par trois araignées. Alors elle s'explique facilement ses douleurs, et nul doute qu'elle n'ait avalé les trois araignées qu'elle a vues dans cette circonstance. Dès ce moment aussi son imagination se frappe, son esprit se trouble, l'agitation la plus grande s'empare d'elle, et c'est dans cet état qu'elle nous est envoyée, le 11 février 1840.

Douée d'une grande sensibilité et d'une intelligence pénétrante, Lucie raconte d'une manière claire et précise qu'elle éprouve des fourmillements, des démangeaisons partout; des picotements à la gorge, à l'estomac et dans le ventre; des battements dans la tête, la poitrine et les membres. Elle a des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, des rêves bizarres, de l'insomnie; ses raisonnements sont bien suivis, et ses réponses aussi promptes que justes. Mais lorsqu'elle s'abandonne aux aberrations de son délire, elle s'anime, s'exalte, et alors ce ne sont plus seulement des araignées qui la dévorent intérieurement, c'est le diable, ce sont des serpents, des bêtes de toute sorte qui la rongent et la déchirent. Les fonctions, du reste, se font régulièrement, si ce n'est que le cœur offre une légère hypertrophie, avec impulsion et bruit de souffle au premier temps, qui est sourd et prolongé; la matité précordiale est à peine plus étendue qu'à l'état sain; les pulsations artérielles sont assez dures. Plusieurs préparations calmantes et divers purgatifs sont inutilement administrés.

En proie aux plus cruelles hallucinations, cette malheureuse monomane se tourmente sans cesse, et désespère de pouvoir jamais guérir. Néanmoins, tout en combattant l'affection du cœur avec la digitale, je

parviens à lui faire comprendre que je puis tuer ses hôtes importuns, après quoi il sera facile de les expulser avec un purgatif. A cette époque les aliénés étaient encore dans leur ancien local, et aucun appareil de douches n'existait alors dans l'établissement. Le 2 mars, après avoir pris vingt centigrammes de gomme-gutte, la malade a plusieurs selles dans lesquelles la sœur surveillante glisse adroitement trois araignées que Lucie découvre elle-même au milieu de ses déjections alvines. Mais elle objecte que ce sont des mères, qu'elles ont laissé des petits, qu'elle les sent remuer et s'agiter dans son ventre. Quatre jours plus tard le même moyen employé de nouveau a le même résultat. La malade assure que ses araignées se multiplient sans cesse; tous les jours son imagination en voit accroître le nombre d'une manière effrayante; elle en a maintenant, dit-elle, depuis les pieds jusqu'à la tête. Quiconque ose la contredire et entreprend charitablement de lui démontrer son erreur profonde, reçoit de sa part les plus rudes apostrophes et les plus violentes menaces; alors aussi elle s'abandonne à son désespoir.

La méthode précédente de traitement répétée une troisième fois sans succès me paraissant insuffisante, je propose à la malade une opération infailible qui consisterait à lui ouvrir l'estomac pour en retirer tous ses insectes sans qu'il puisse en échapper un seul. Elle accepte cette proposition avec la plus grande joie, et ne soupire plus qu'après le moment où elle pourra être débarrassée à tout jamais de ses maudites araignées. Dès lors, souvent elle appelle à grands cris le terme de ses souffrances; toujours elle parle de sa guérison avec un confiant espoir. Au jour convenu, tout est disposé pour que l'opération soit faite avec une certaine solennité, de manière à frapper l'imagination de la malade. Le 9 août, en présence de MM. Margueron, administrateur de l'Hospice gé-

néral, Baillarger, médecin de la Salpêtrière, Petitbon, professeur de chimie et de physique au Collège royal, Caritte, élève interne du service, etc., je pratique une légère incision dans la région dorsale. Aussitôt la malade sent bien, dit-elle, que l'on retire des araignées par la plaie ; plusieurs de celles qui avaient été prises *ad hoc* sont lâchées sur son dos et courent dans son lit ; elle est heureuse de voir un tel résultat. Quelques heures de soulagement suivent cette extraction simulée ; mais il faut y revenir le lendemain, ainsi que les jours suivants. A cet effet, de petites incisions sont pratiquées alternativement à l'épigastre et dans le dos. Une fièvre intermittente se déclare ; le sulfate de quinine est administré ; on continue l'usage des antispasmodiques.

Lucie est toujours fort agitée ; elle éprouve des douleurs insupportables dans tout le corps, demande instamment qu'on lui fende le ventre, qu'on lui ouvre largement l'estomac pour trouver le nid. Un jour elle quitte son lit furtivement, s'échappe en chemise de l'infirmerie, me poursuit jusqu'à la porte de sortie, et me supplie de recommencer l'opération. Dans la même journée, pendant les vêpres, elle parvient à tromper la surveillance la plus active, et se jette par une fenêtre qui n'était pas encore grillée : après une chute de deux mètres de haut sur le sable, elle n'eut heureusement que de légères contusions. Une autre fois elle fut surprise, pendant la nuit, à faire des tentatives de strangulation avec un mouchoir, au pied de son lit.

Il fallait pourtant en finir avec la méthode curative employée, car l'opération jusque là était loin d'avoir guéri la malade. Cependant les incisions pratiquées en avant et en arrière étaient nombreuses, et, à son compte, il n'y avait pas moins de deux cents araignées sorties par les plaies. Après une longue séance, je lui annonce que définitivement elle n'a plus rien

dans l'estomac ; les jours suivants, des alternatives de calme et d'agitation me font successivement craindre et espérer ; toutefois, je suis forcé d'avoir recours à deux nouvelles incisions, au cathétérisme œsophagien, ainsi qu'aux purgatifs, pour lui démontrer qu'elle est enfin débarrassée des insectes qui la faisaient si horriblement souffrir. Le 9 septembre, la malade attribuait encore à leur présence plusieurs phénomènes physiologiques, tels que les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx, les battements des carotides, de l'aorte abdominale, etc. ; mais elle ne tarde pas à se laisser convaincre que tout cela se passe chez elle comme chez les autres personnes. Vers cette époque, il survient de la fièvre avec céphalalgie et bourdonnements d'oreilles ; mais le 18 septembre tous les symptômes ont disparu, et à dater de ce jour Lucie M... jouit du calme le plus parfait. Gaie, expansive, reconnaissante, elle nous prodigue mille remerciements pour les soins que nous lui avons donnés. Placée à la cuisine le 2 octobre, pendant sa convalescence, elle s'emploie avec attention aux divers travaux qui lui sont confiés.

Pensant à sa chère famille, elle n'avait plus que le désir de retourner au milieu des siens pour les aider de son travail, lorsqu'un étranger lui apprend maladroitement la mort de son mari. Toutefois, ce fâcheux événement ne dérange en rien ses facultés intellectuelles. Sensible et aimante, elle pleure, et pleurera longtemps, dit-elle, cette perte d'un être auquel elle était attachée pour la vie ; mais elle cherchera à s'en consoler avec ses enfants qui la chérissent, et qu'elle élève avec le plus grand dévouement. Rappelée chez elle par quelques affaires d'intérêt, Lucie M... sort le 25 octobre en état de guérison confirmée. Elle dut à la générosité de messieurs les membres du Conseil d'administration de pouvoir satisfaire sans inquiétude, pendant quelque

temps, aux dépenses nécessitées par ses premiers besoins.

Ses arrangements de famille terminés, Lucie M... vint se fixer à Tours avec deux de ses enfants, ouvriers maçons. L'hiver fut extrêmement rigoureux; les travaux furent longtemps suspendus; malheureusement elle eut à souffrir du froid et de la faim. Or ces causes habituellement si délétères, jointes aux chagrins de Lucie, déterminèrent une récurrence. Les palpitations avaient reparu de nouveau, et offraient une grande intensité. Cette fois la malade ne fut pas traitée suivant sa croyance. Malgré les évacuations sanguines, les opiacés, les purgatifs et les bains, l'agitation et les idées de suicide se manifestèrent avec une extrême violence; dans ses accès de fureur elle demandait un fusil pour se faire sauter la tête. L'isolement, les affusions, les douches, les narcotiques et les révulsifs sur le tube intestinal ont amené à la longue une convalescence, depuis laquelle Lucie M..., sans domicile, dénuée de ressources, éloignée de ses enfants, a continué à travailler dans l'établissement.

#### CHARCELLAY,

Professeur de Clinique à l'École de médecine de Tours, — ex-médecin de l'Asile des aliénés.

**CÉPHALALGIE INTERMITTENTE PENDANT QUINZE MOIS. — MORT SUBITE. — MASSE TUBERCULEUSE DANS L'HÉMISPÈRE DROIT DU CERVELET.**

M. F... est un ouvrier fumiste de trente-six ans, d'une petite taille, d'un tempérament bilieux; il est brun, assez fort et paraît bien constitué; il s'est constamment bien porté, n'a jamais fait d'excès en rien, n'a point eu d'affections vénériennes, etc. Il y a quinze mois à peu près qu'il a commencé à souffrir de la tête. La douleur, d'abord peu vive, n'empêchait point M. F... de travailler; mais elle a graduellement augmenté, et depuis trois mois il a tout-à-fait cessé ses

travaux. Cette douleur n'était point continue; il y avait assez ordinairement un jour sur deux où elle était nulle ou très faible. Il se présentait souvent des paroxysmes pendant lesquels elle arrachait des cris au malade, qui demandait qu'on lui ouvrit le crâne, etc.

On fit plusieurs applications de sangsues au cou. Un vésicatoire fut mis à la nuque et transporté ensuite au bras.

Le 22 mai, M. F... entre à la maison de Charenton. Pendant les dix premiers jours nous n'avons rien observé que la céphalalgie avec des intermittences irrégulières. La douleur occupe tout le pourtour de la tête; le malade la compare à des piqûres d'aiguille. Pour peu qu'elle soit forte, il ne peut se tenir debout ni marcher sans avoir des éblouissements et sans l'augmenter beaucoup. Parfois elle devient excessive et s'accompagne de fièvre. La face est injectée, les paupières pesantes, la voix faible, les moindres mouvements très douloureux, etc. Puis cette douleur diminue ou même cesse tout-à-fait; alors M. F... se promène, il a de l'appétit, dort bien, les selles sont régulières, etc. Cette intermittence dure rarement un jour entier. Du reste aucun trouble dans les facultés intellectuelles, la sensibilité ni le mouvement.

Pour traitement, sangsues au cou. Bains de pied avec l'acide hydrochlorique tous les deux jours; limonade pour boisson.

4 juin. Céphalalgie très forte: tout-à-coup perte de connaissance, résolution et insensibilité des membres; écoule à la bouche, point de mouvements convulsifs.

On applique douze sangsues derrière les oreilles, des sinapismes aux pieds. Au bout d'une heure le malade revient à lui, il ne se souvient de rien.

11 juin. Douleur excessive, fièvre: douze sangsues aux jugulaires, soulagement marqué.

12 juin. Depuis huit jours l'inter-



mittence a été plus complète et plus régulière. Le 14, M. F... a été à Paris, il a beaucoup marché. Le 16, on a mis deux ventouses scarifiées sur l'occipital. On a commencé à administrer le sulfate de quinine, d'abord 4 grains, puis 8. Aujourd'hui la douleur est très forte : le malade prend encore un bain de pied sinapisé, ce qui n'empêche pas la céphalalgie d'augmenter. Vers le milieu de la journée elle est très intense, puis elle diminue. M. F... se trouve mieux, il croit qu'il va dormir. Un moment après il meurt.

*Autopsie quinze heures après la mort.* — Embonpoint médiocre; rien de remarquable à l'extérieur. Les os du crâne sont épais. La dure-mère incisée, il s'écoule un peu moins de 2 onces de sérosité sanguinolente. Les membranes du cerveau sont saines; les circonvolutions antérieures sont larges, peu saillantes, comme aplaties; rien de semblable ne s'observe en arrière. Très peu de sérosité dans les ventricules; du reste rien de remarquable dans la coloration, la consistance, etc.

On trouve dans l'hémisphère droit du cervelet, et près de sa face inférieure, une petite tumeur qui, située immédiatement au-dessous des membranes, leur adhère d'un côté, et était entourée dans tout le reste de son étendue par la substance cérébrale; elle occupe la place de circonvolutions qui sont entièrement détruites dans ce point, et s'étend presque jusqu'au centre médullaire de l'organe. La couche externe qui la recouvre est jaunâtre et ramollie dans une épaisseur de plusieurs lignes. Au-delà du ramollissement, on trouve la substance blanche parfaitement saine et sans nulle trace d'injection. L'autre hémisphère n'offre rien de particulier. La tumeur elle-même examinée est longue d'un pouce à peu près, grosse comme le doigt et inégale à sa

surface, qui présente trois mamelons; deux sont à une extrémité et le troisième au milieu. En l'incisant, on la trouve formée à l'extérieur par une couche grise, membraneuse, plus dense en dedans, et qui renferme de la matière tuberculeuse : celle-ci est ramollie, d'un blanc jaunâtre, et ne forme guère que la moitié du volume de la tumeur à cause de l'épaisseur du kyste qui l'enveloppe; la matière tuberculeuse qui se trouve dans les éminences mamelonées communique avec la partie centrale. Ces éminences formaient, à n'en pas douter, trois tubercules distincts dans le principe. La pie-mère et l'arachnoïde, dans le point où elles recouvraient la petite masse tuberculeuse, étaient injectées et avaient contracté des adhérences avec la dure-mère; ces adhérences, quoique très faibles, ont suffi, lorsqu'on a enlevé le cervelet, pour retenir la tumeur et avec elle une couche de substance cérébrale, ce qui prouve combien le ramollissement était avancé. La moelle n'offre rien de particulier.

Les poumons sont parfaitement sains, pas la moindre trace de tubercules. Le cœur et les viscères abdominaux sont à l'état normal.

Je crois devoir faire remarquer, dans cette observation :

1° Que la céphalalgie a été pendant toute la durée de la maladie le seul symptôme appréciable;

2° Qu'il était impossible de soupçonner des tubercules cérébelleux chez un malade de cet âge; et qui n'offrait aucun des signes qui caractérisent la diathèse tuberculeuse;

3° Que c'est un exemple de plus de tubercules existant isolés dans un organe, alors que les poumons n'en offrent aucune trace;

4° Que la douleur était intermittente malgré la persistance de la lésion organique.

BAILLARGER.

## VARIÉTÉS.

DESCRIPTION DES EFFETS DU HACHICH, PAR UN FEUILLETONNISTE  
DE la Presse.

Le butin théâtral a été, comme vous le pouvez voir, bien mince cette semaine : un mélodrame à peine en cinq actes et un vaudeville réduit à sa plus simple expression ; c'est peu. Manquant de spectacles, nous avons résolu de nous en donner un à nous-même sans sortir de notre chambre et dans le coin de notre sofa. Depuis longtemps nous entendions parler, sans trop y croire, des merveilleux effets produits par le *hachich*. Nous connaissons déjà les hallucinations que cause l'opium fumé ; mais le hachich ne nous était connu que de nom. Quelques amis orientalistes nous avaient promis plusieurs fois de nous en faire goûter ; mais, soit difficulté de se procurer la précieuse pâte, soit toute autre raison, le projet n'avait pas encore été réalisé. Il l'a été enfin hier, et l'analyse de nos sensations remplacera le compte-rendu des pièces qu'on n'a pas jouées.

De tout temps, les Orientaux, à qui leur religion interdit l'usage du vin, ont cherché à satisfaire par diverses préparations ce besoin d'excitation intellectuelle commun à tous les peuples, et que les nations de l'Occident contentent au moyen de spiritueux et de boissons fermentées. Le désir de l'idéal est si fort chez l'homme qu'il tâche autant qu'il est en lui de relâcher les liens qui retiennent l'âme au corps, et comme l'extase n'est pas à la portée de toutes les natures, il boit de la gaieté, il fume de l'oubli et mange de la folie, sous la forme du vin, du tabac et du hachich. — Quel étrange problème ! un peu de liqueur rouge, une bouffée de fumée, une cuillerée d'une pâte verdâtre, et l'âme, cette essence impalpable, est modifiée à l'instant ! Les gens graves font mille extravagances ; les paroles jaillissent involontairement de la bouche des silencieux ; Héraclite rit aux éclats, et Démocrite pleure.

Le hachich est un extrait de la fleur de chanvre (*canabis indica*) que l'on fait cuire avec du beurre, des pistaches, des amandes et du miel, de manière à former une espèce de confitures assez ressemblante à la pâte d'abricot, et d'un goût qui n'est pas désagréable. — C'était du hachich que faisait manger le Vieux de la Montagne aux exécuteurs des meurtres qu'il commandait, et c'est de là que vient le mot assassin, *hachachin* (mangeur de hachich).

La dose d'une cuillerée suffit aux gens qui n'ont pas l'habitude de ce régal de vrai croyant. — L'on arrose le hachich de quelques petites tasses de café sans sucre à la manière arabe, et puis l'on se met à table comme à l'ordinaire ; — car l'esprit du chanvre n'agit qu'au bout de quelque temps.

— Un de nos compagnons d'expérience, qui a fait de longs voyages en Orient, et qui est un déterminé mangeur de hachich, fut pris le premier, en ayant absorbé une plus forte dose que nous; il voyait des étoiles dans son assiette, et le firmament au fond de la soupière; puis il tourna le nez contre le mur, parlant tout seul, riant aux éclats, les yeux illuminés, et dans une jubilation profonde. Jusqu'à la fin du dîner, je me sentis parfaitement calme, bien que les prunelles de mon autre convive commençassent à scintiller étrangement, et à devenir d'un bleu de turquoise tout-à-fait singulier. Le convert enlevé, j'allai m'asseoir, ayant encore ma raison, sur le divan, où je m'arrangeai entre des carreaux de Maroc le plus commodément possible pour attendre l'extase. Au bout de quelques minutes, un engourdissement général m'envahit. Il me sembla que mon corps se dissolvait et devenait transparent. Je voyais très nettement dans ma poitrine le hachich que j'avais mangé sous la forme d'une émeraude d'où s'échappaient des millions de petites étincelles; les cils de mes yeux s'allongeaient indéfiniment, s'enroulant comme des fils d'or sur de petits rouets d'ivoire qui tournaient tout seuls avec une éblouissante rapidité. Autour de moi, c'étaient des raisselements et des écroulements de pierreries de toutes couleurs, des arabesques, des ramages sans cesse renouvelés, que je ne saurais mieux comparer qu'aux jeux du kaleïdoscope; je voyais encore mes camarades à certains instants, mais défigurés, moitié hommes, moitié plantes, avec des airs pensifs d'ibis debout sur une patte d'autruche, battant des ailes si étranges, que je me tordais de rire dans mon coin, et que, pour m'associer à la bouffonnerie du spectacle, je me mis à lancer mes coussins en l'air, les rattrapant et les faisant tourner avec la dextérité d'un jongleur indien. L'un de ces messieurs m'adressa en italien un discours que le hachich, par sa toute-puissance, me transposa en espagnol. Les demandes et les réponses étaient presque raisonnables, et roulaient sur des choses indifférentes, des nouvelles de théâtre ou de littérature.

Le premier accès touchait à sa fin. — Après quelques minutes, je me retronvai avec tout mon sang-froid, sans mal de tête, sans aucun des symptômes qui accompagnent l'ivresse du vin, et fort étonné de ce qui venait de se passer. — Une demi-heure s'était à peine écoulée que je retombai sous l'empire du hachich. Cette fois la vision fut plus compliquée et plus extraordinaire. Dans un air confusément lumineux voltigeaient avec un fourmillement perpétuel des milliards de papillons dont les ailes bruisaient comme des éventails. De gigantesques fleurs au calice de cristal, d'énormes passeroles, des lis d'or et d'argent montaient et s'épanouissaient autour de moi avec une crépitation pareille à celle des bouquets de feux d'artifices. Mon ouïe s'était prodigieusement développée; j'entendais le bruit des couleurs. Des sons verts, rouges, bleus, jaunes, m'arrivaient par ondes parfaitement distinctes. Un verre renversé, un craquement de fauteuil, un mot prononcé bas, vibraient et retentissaient en moi comme des roulements de tonnerre; ma propre voix me semblait si forte que je n'osais parler de peur de renverser

les murailles ou de me faire éclater comme une bombe; plus de cinq cents pendules me chantaient l'heure de leurs voix flûtées, cuivrées, argentines. Chaque objet effleuré rendait une note d'harmonica ou de harpe éolienne. Je nageais dans un océan de sonorité, où flottaient, comme des flots de lumière, quelques motifs de *Lucia* et du *Barbier*. Jamais beauté pareille n'em'inonda de ses effluves: j'étais si fondu dans le vague, si absent de moi-même, si débarrassé du moi, cet odieux témoin qui vous accompagne partout, que j'ai compris pour la première fois quelle pouvait être l'existence des esprits élémentaires, des anges et des âmes séparées du corps. J'étais comme une éponge au milieu de la mer: à chaque minute, des flots de bonheur me traversaient, entrant et sortant par mes pores; car j'étais devenu perméable, et jusqu'au moindre vaisseau capillaire, tout mon être s'injectait de la couleur du milieu fantastique où j'étais plongé. Les sons, les parfums, la lumière, m'arrivaient par des multitudes de tuyaux minces comme des cheveux dans lesquels j'entendais siffler les courants magnétiques. — A mon calcul, cet état dura environ trois cents ans, car les sensations s'y succédèrent tellement nombreuses et pressées que l'appréciation réelle du temps était impossible. — L'accès passé, je vis qu'il avait duré un quart d'heure.

Ce qu'il y a de particulier dans l'ivresse du hachich, c'est qu'elle n'est pas continue; elle vous prend et vous quitte, vous monte au ciel et vous remet sur terre sans transition, — comme dans la folie, on a des moments lucides. — Un troisième accès, le dernier et le plus bizarre, termina ma soirée orientale: — dans celui-ci ma vue se dédoublait. — Deux images de chaque objet se réfléchissaient sur ma rétine et produisaient une symétrie complète; mais bientôt la pâte magique tout-à-fait digérée, agissant avec plus de force sur mon cerveau, je devins complètement fou pendant une heure. Tous les songes pantagruéliques me passèrent par la fantaisie: caprimulges, coquesigrués, oysons bridés, licornes, griffons, cochemards, toute la ménagerie des rêves monstrueux trottaient, sautillaient, voletait, glapissait par la chambre; c'étaient des trompes qui finissaient en feuillages, des mains qui s'ouvraient en nageoires de poisson, des êtres bétéroclites avec des pieds de fauteuil pour jambes, et des cadrans pour prunelles, des nez énormes qui dansaient la cachuca montés sur des pattes de poulet; moi-même je me figurais que j'étais le perroquet de la reine de Saba, maîtresse de défunt Salomon, et j'imitais de mon mieux la voix et les cris de cet honnête volatile. Les visions devinrent si baroques que le désir de les dessiner me prit, et que je fis en moins de cinq minutes, avec une vitesse incroyable, sur des dos de lettres, sur des billets de garde, sur les premiers morceaux de papier qui me tombaient sous les mains, une quinzaine de croquis les plus extravagants du monde. L'un d'eux est le portrait du docteur \*\*\*, tel qu'il m'apparaissait, assis au piano, habillé en turc, un soleil dans le dos de sa veste. Les notes sont représentées, s'échappant du clavier, sous forme de fusées et de spirales capricieusement tirebouchonnées. Un autre croquis portant cette légende, — *un animal de l'avenir*, — représente une locomotive vivante avec un cou de cygne terminé par une gueule de serpent, d'où

jaillissent des flots de fumée avec des pattes monstrueuses composées de roues et de poulies ; chaque paire de pattes est accompagnée d'une paire d'ailes, et sur la queue de l'animal, — on voit le Mercure antique qui s'avoue vaincu malgré ses talonnières. Grâce au haebieh, j'ai pu faire d'après nature le portrait d'un farfadet. Jusqu'à présent je les entendais seulement geindre et se remuer la nuit dans mon vieux buffet.

Mais voilà bien assez de folies. Pour raconter tout entière une hallucination de haebich, il faudrait un gros volume, et un simple feuilletoniste ne peut se permettre de recommencer l'apocalypse !

THÉOPHILE GAUTIER.

MORT D'UN SOLDAT DÉTERMINÉE PAR UNE FRAYEUR SUPERSTITIEUSE.

— Un soldat de la garnison de Hassel s'était suicidé, il y a plus d'une année, dans sa guérite, placée sur le rempart, près du magasin à poudre. Dimanche passé, quelques farceurs s'étaient amusés à raconter à ce propos une longue histoire de revenants à un jeune conscrit qu'on allait placer en faction à l'endroit même où son camarade s'était donné la mort, endroit que ce dernier, disaient-ils, venait régulièrement visiter entre minuit et une heure.

Le jeune soldat, visiblement effrayé, se laissa conduire à son poste ; mais bientôt après il accourut au corps-de-garde, les traits bouleversés par la terreur. Le spectre, disait-il, était venu le visiter et l'avait poursuivi jusque près du corps-de-garde. Le lendemain, le malheureux se trouvait dans un état alarmant. Avant-hier, il est mort des suites d'une fièvre cérébrale.

On a cru un instant qu'un soldat du poste s'était déguisé pour effrayer son compagnon ; mais on n'a pas tardé à acquérir la conviction qu'aucun militaire n'avait abandonné le corps-de-garde, de sorte que ce déplorable accident ne peut être attribué qu'à la frayeur que le récit avait inspiré au malheureux conscrit.

(Commerce belge.)

— Nous avons dit que M. David Richard avait le premier proposé de créer des Sociétés de patronage pour les aliénés guéris et indigents, Sociétés dont l'idée avait été émise par M. Cazaùvielle. Nous apprenons qu'une Société de ce genre est organisée dans le département du Bas-Rhin pour les aliénés sortant de l'asile de Stephansfeld, dont M. David Richard est directeur.

— M. le Dr Szolkalski commencera dans quelques jours un cours sur les maladies nerveuses de la vision. Nous en rendrons compte dans ces Annales.

---

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME DEUXIÈME.

---

## PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

### ***I. Généralités médico-psychologiques.***

EXAMEN DE LA DOCTRINE DE MAINE DE BIRAN, SUR LES RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL DE L'HOMME, par M. ROYER-COLLARD, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, médecin en chef de la maison royale de Charenton (manuscrit communiqué par M. HIPPE. ROYER-COLLARD, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris).....	1
QUESTIONS RELATIVES AU MAGNÉTISME ANIMAL; par M. le docteur RIDARD. ....	165
NOTICE SUR LES DOCTRINES PSYCHO-PHYSIOLOGIQUES DES ANCIENS PHILOSOPHES HINDOUS. Introduction; par M. le docteur CERISE. ....	333

### ***II. Anatomie et physiologie.***

RECHERCHES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LES NERFS PNEUMOGASTRIQUE ET SPINAL; par M. le docteur SPENCER.....	46
APPRÉCIATION DES IDÉES DE GALL SUR LES FONCTIONS DU CERVELET; par M. le docteur LÉLUT.....	175
QUELQUES OBSERVATIONS RELATIVES À L'ACTION DE LA CORDE DU TYMPAN. Réponse de M. Bernard à un article de M. le docteur Verga.....	195
MÉMOIRE SUR LE MODE DE FORMATION DES CENTRES NERVEUX; par M. le docteur BAILLARGER.....	343

**III. Pathologie.****MALADIES MENTALES.**

DES FAUSSES MEMBRANES DE L'ARACHNOÏDE, ET PRINCIPALEMENT DE LEUR MODE DE FORMATION CHEZ LES ALIÉNÉS; (première partie), par M. le docteur AUBANEL.....	55
DES FAUSSES MEMBRANES DE L'ARACHNOÏDE, ET PRINCIPALEMENT DE LEUR MODE DE FORMATION CHEZ LES ALIÉNÉS (suite et fin), par M. le docteur AUBANEL.....	201
DE L'ORGANISATION ET DE L'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS; par M. le docteur Girard.....	230
DE LA PRÉDOMINANCE DES CAUSES MORALES DANS LA GÉNÉRATION DE LA FOLIE; par M. le docteur PARCHAPPE.....	358
NOTE SUR LA FOLIE A LA SUITE DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par M. le docteur BAILLARGER.....	372

**NÉVROSES.**

RECHERCHES ET CONSIDÉRATIONS RELATIVES A LA SYMPTOMATOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE; par M. BILLOD.....	381
--	-----

**IV. Médecine légale.**

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE RELATIVE AU MAGNÉTISME ANIMAL. Rapport de M. le professeur HIPP. ROYER-COLLARD.....	85
TENTATIVES D'ASSASSINAT ET DE SUICIDE PAR UN MONOMANE TRISTE, HALLUCINÉ. Expertise médico-légale. Rapport de M. le docteur BRIERRE DE BOISMONT.....	261

**V. Hygiène pénitentiaire.**

DE L'INFLUENCE DU RÉGIME PÉNITENTIAIRE EN GÉNÉRAL ET DE L'EN-PRISONNEMENT INDIVIDUEL EN PARTICULIER, SUR LA SANTÉ ET LE MORAL DES DÉTENUS; Mémoire de M. MOREAU-CHRISTOPHE..	424
--	-----

## SECONDE PARTIE.

## REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. *Journaux.*

## JOURNAUX FRANÇAIS.

Observation d'hydrophobie après onze mois d'incubation . . . . .	97
Hystérie compliquée d'accidents épileptiques ; réflexions sur l'influence des rapports sexuels sur l'hystérie . . . . .	105
Affection chronique du cerveau datant de dix ans ; accès épileptique, coma, mort. Tumeur enkystée et ramollissement de la pulpe cérébrale . . . . .	109
Observation de démonomanie ; deux ans de durée, guérison instantanée . . . . .	111
Deux cas de méningite suivie de guérison ; de la valeur des signes tirés de la station et de la marche dans certaines affections du cerveau . . . . .	117
Observation d'un cas remarquable d'affection de la moelle épinière . . . . .	123
De la compression dans le cas d'hydrocéphalie chronique . . . . .	126
Recherches sur l'épilepsie ; causes . . . . .	278
De la contracture dans l'hémorrhagie cérébrale . . . . .	281
Observations d'asthme ; considérations générales . . . . .	284
Blessures mortelles à la tête ; circonstance remarquable . . . . .	288
Des illusions des sens chez les aliénés . . . . .	<i>ibid.</i>
Manie à la suite de couches. Leçons cliniques de M. Bérard . . . . .	290
Myélite et phénomènes tétaniques ; ramollissement de la moelle . . . . .	292
Paralysie de la face . . . . .	293
<i>Delirium tremens</i> ; observations . . . . .	295
Méningite guérie par les frictions mercurielles . . . . .	296
Deux cas d'épilepsie traités par la même méthode avec un résultat différent . . . . .	297
Remarques sur le délire aigu qu'on observe dans les maisons d'aliénés . . . . .	453
Extase religieuse épidémique régnant en Suède en 1841 et 1842 . . . . .	454



Congestion cérébrale ; céphalalgie pendant trois jours ; perte subite de connaissance ; hémiplegie gauche avec contracture ; mutisme ; guérison complète et rapide .....	456
Plaie de la tête par un instrument piquant ; abcès du cerveau ; opération du trépan par Dupuytren .....	457
Hygiène et éducation des idiots, par M. Séguin.....	460

## II. Sociétés savantes.

### ACADÉMIE DES SCIENCES DE PARIS.

Singulier effet d'un simple courant électrique ; Note de M. Matteucci .....	128
Arrêt de développement chez une fille de vingt-quatre ans..	129
Sur une nouvelle méthode d'éducation des idiots .....	198
Recherches sur la vision.....	299
Action d'une pile à deux courants après l'administration de la strychnine .....	<i>ibid.</i>
Des tics douloureux .....	300
Notice sur le nombre des aliénés en France. — Séance du 5 juin <i>ibid.</i>	
Discussion sur la prédominance des causes morales et physiques de l'aliénation mentale. — Séances des 10 et 17 juillet, du 7 août et du 2 octobre .....	300-467

### ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Des effets toxiques du sulfate de quinine à haute dose.....	130
Apoplexie méningée. Résumé d'un Mémoire de M. le docteur Prus. ....	131
Rapport et discussion à propos d'une observation d'hydrophobie rabique .....	303
Inflammation locale de l'arachnoïde cérébrale .....	304
Cas prétendu d'incubo vigil.....	<i>ibid.</i>
Traitement de la paralysie générale des aliénés par le cautère actuel. ....	304
Discussion relative au délire aigu.....	306
Rapport et discussion à propos d'une observation de rage....	368

**SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.**

Observation d'hydrophobie rabique, après une année d'inoculation.....	132
---	-----

**III. Bibliographie.**

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET CLINIQUES SUR LE LIQUIDE CÉPHALORACHIDIEN, ou CÉRÉBRO-SPINAL; par M. MAGENDIE.....	134
TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA FOLIE; Documents nécroscopiques; par M. PARCHAPPE.....	140
MÉMOIRE SUR LES CONSTRUCTIONS PROJÉTÉES A L'HOSPICE DES ALIÉNÉS D'AUXERRE; par M. le docteur GIRARD.....	145
OBSERVATIONS OF THE ADMISSION OF MEDICAL PUPILS, etc. OBSERVATIONS SUR L'ADMISSION DES ÉLÈVES EN MÉDECINE DANS LES SALLES DE L'HOSPICE DE BETHLAM, POUR L'ÉTUDE DES MALADIES MENTALES; par M. WEBSTER.....	307
RAPPORT SUR L'ASILE DES ALIÉNÉS DE TOURS; par M. le docteur CHARCELLAY.....	306
DE L'UTILITÉ DE LA DOULEUR PHYSIQUE ET MORALE; par M. le professeur MOJON; traduit de l'italien par M. le docteur BARON MICHEL DE TRÉTAIGNE.....	320
RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES PROPRIÉTÉS ET LES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, DANS LES ANIMAUX VERTÉBRÉS, par M. FLOURENS.....	470
REJET DE L'ORGANOLOGIE PHRÉNOLOGIQUE DE GALL ET DE SES SUCCESEURS; par M. le docteur LÉLUT.....	476

**IV. Répertoire d'observations inédites.**

FIÈVRE TYPHOÏDE SIMULANT L'ALIÉNATION MENTALE; par M. BAILLARGER.....	147
OBSERVATION DE FIÈVRE TYPHOÏDE ATAXIQUE SIMULANT UNE ALIÉNATION MENTALE, AUTOPSIE; par M. LACANNAL.....	149
OBSERVATION D'UNE PARALYSIE GÉNÉRALE, AVEC ANÉMIE ET HYPOCHONDRIE. GUÉRISON; par M. de CROZANT.....	151

Toux spasmodique guérie subitement à la suite de l'expulsion de trois ascarides lombricoïdes; par M. CERISE.....	156
Manie sub-aigue stupide avec phlegmasie légère de la surface du cerveau et de ses membranes; par M. LÉLUT.....	322
Hypochondrie, aphonie et pertes séminales, déterminées par un rétrécissement organique de l'urètre, et guéries par la dilatation de l'obstacle; par M. HUBERT-VALLEROUX...	324
Paralysie du bras et de la jambe gauches. — UN MOIS ET DEMI DE DURÉE. — APPLICATION DES GRANDES VENTOUSES DE M. LE D' JUNOD AUX EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES. — GUÉRISON; par M. CERISE.....	326
Affection hystérique. — ACCÈS SE RÉPÉTANT PLUSIEURS FOIS PAR JOUR. — SIX ANS ET DEMI DE DURÉE. — SINGULIÈRE GUÉRISON; par M. CERISE.....	327
Fourchette avalée par un aliéné et retrouvée cinq ans après dans l'estomac. — SUICIDE DÉTERMINÉ PAR LA CRAINTE DE SUPPLICES CRUELS ET PAR LA LECTURE D'UN OUVRAGE CONTENANT L'APOLOGIE DU SUICIDE; par M. RAMON.....	481
Monomanie hypochondriaque. — DOULEURS ATTRIBUÉES À L'EXISTENCE D'ARAIGNÉES DANS L'ESTOMAC. — PLUSIEURS OPÉRATIONS SUCCESSIVES FAITES DANS LE BUT APPARENT D'EXTRAIRE LES ARAIGNÉES. GUÉRISON; par M. CHARCELLAT.....	485
Céphalalgie intermittente pendant quinze mois. — MORT SUBITE. MASSE TUBERCULEUSE DANS L'HÉMISPHERE DROIT DU CERVELET; par M. BAILLARGER.....	488

## V. Variétés.

Lettre adressée par M. le docteur Carrière à MM. les rédacteurs des ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES sur la maison d'aliénés d'Aversa (Naples).....	457
Quelques détails sur l'hospice des aliénés de Helsingfors (Finlande).....	462
Ventes d'objets faits par les aliénés à l'asile d'Hanwel.....	462

Chiffre des aliénés de l'hospice général de Tours, de Châlons-sur-Marne et de Rennes.....	163
Adhésion à un projet d'association des médecins d'aliénés....	164
Établissement hydrothérapique à Auteuil.....	164
Notice sur l'asile des aliénés d'Utrecht.....	330
Journal consacré à l'instruction des sourds-muets.....	332
Description des effets du hachich ; par M. Théophile Gauthier	490
Mort d'un soldat déterminée par une frayeur superstitieuse..	493

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME DEUXIÈME.

# ERRATA.

Page 10. Au lieu de : le moral ou le moi ne renferme-t-il pas ce qui est libre ; lisez : ne renferme-t-il que ce qui est libre.

Page 21. Au lieu de : des sens intimes , lisez : du sens intime.

Page 316. Au lieu de : par M. Charcellet, lisez : par M. Charcellay.

*Nota.* Il s'est glissé dans le tome II un certain nombre d'erreurs typographiques peu importantes, que les lecteurs auront aisément pu rectifier.